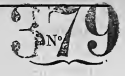
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 juillet 1883, à 1 h.

PAR

Paul POIRIER

NÉ A GRANVILLE, LE 9 FÉVRIER 1853

Prosecteur de la Faculté, ancien Interne des hôpitaux, Membre de la Société anatomique

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU SEIN CHEZ L'HOMME

(*Tubercules, Sarcomes, Epithéliomes, Carcinomes*)

Étude clinique du Cancer

Président: M. DUPLAY, professeur;

Juges MM. FOURNIER, professeur;
MONOD, RENDU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE V. GOUPY ET JOURDAN

71, RUE DE RENNES, 71

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. . . . . . . M. BÉCLARD.

Professeurs. . . . . MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BOUILLY.	MM. GAY.	MM. LE GROUX.	MM. RECLUS.
BERGER.	GRANCHER.	MARCHAND.	REMY.
BUDIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RENDU.
BOURGOIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHET.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	RICHELOT.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	STRAUS.
DIEULAFOY.	JOFFROY.	POZZI.	TERRILLON.
FARABEUF.	LANDOUZY.	RAYMOND.	TROISIER.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— de l'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à eurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

INTRODUCTION

Le hasard a commencé ce travail, en nous mettant sous les yeux, successivement, trois cas de tumeur du sein chez l'homme, dans le cours de notre dernière année d'internat à l'hôpital Lariboisière; — l'intention d'apporter quelques faits nouveaux à l'anatomie pathologique, encore mal définie, de cette question et à sa symptomatologie, l'a poursuivi et achevé.

Nous avons pu signaler une variété de tumeur, les *tubercules de la mamelle*, dont l'existence n'avait encore été ni constatée, ni même soupçonnée chez l'homme. Ayant consulté, à cette occasion, les auteurs qui ont traité des tumeurs du sein chez l'homme, nous avons été frappés du vague dans lequel ils sont généralement restés, tant au point de vue de l'anatomie pathologique que sur la symptomatologie de ces tumeurs.

Les travaux sont d'ailleurs assez rares sur ce point de pathologie chirurgicale : — deux pages de Velpeau; — un travail du Dr Milton, (1857), riche en observations trop courtes et pour la plupart sans examen histologique suffisant; — une thèse du Dr Hugo-Stumpff, qui ne contient qu'une observation et vingt lignes de clinique; — une thèse du Dr Hoffman, épuisée et que nous n'avons pu nous procurer; — une thèse du Dr Chenet; — et un nombre assez considérable d'observations éparses dans les recueils scientifiques français et étrangers. La

thèse de M. Horteloup, riche recueil de faits, est certainement le travail le plus complet et le meilleur qui existe, soit en France, soit à l'étranger, sur ce point de pathologie.

Les observations et les renseignements que nous avons pu réunir, joints aux cas que nous avons observés, constituent un ensemble déjà respectable, qui permet, croyons-nous, d'ajouter quelques points intéressants à l'histoire des tumeurs du sein chez l'homme et en particulier du cancer. Mais il est nécessaire d'attendre, pour écrire l'histoire complète de ces affections, de nouvelles observations et surtout de nouveaux examens microscopiques.

CHAPITRE PREMIER.

Tubercules.

« On ne connait pas d'exemples de tubercule de la mamelle. » (Cornil et Ranvier, Man. d'hist. path., 1re édit.) Mais ce qui était vrai il y a quelques années a cessé de l'être aujourd'hui. Dans son excellente thèse (Des tubercules de la mamelle, Paris, 1881), M. Dubar a prouvé, par deux faits appuyés sur l'examen microscopique, que le tubercule de la mamelle, soupçonné par A. Cooper, décrit dans l'une de ses formes, mais seulement au point de vue symptomatique et macroscopique par Velpeau, entrevu par Billroth, dans une observation malheureusement incomplète, existe réellement chez la femme.

Un cas de tumeur du sein observé dans le service de M. le professeur Duplay, et dont l'analyse histologique a été confiée au Dr Mayor, nous permet d'affirmer que *le tubercule du sein existe également chez l'homme.*

L'observation que nous rapportons ci-dessous ne peut laisser aucun doute à cet égard.

OBSERVATION I.

Tumeur tuberculeuse du sein chez l'homme.

Le nommé G..., cantonnier, 46 ans, de constitution robuste, jouissant ordinairement d'une bonne santé, entre à l'hôpital Lariboisière, salle St-Honoré, no 19, le 14 février 1881, pour une

tumeur du sein. Son père est mort à 40 ans, par une cause inconnue; sa mère à 30, d'une affection aiguë avec fièvre et diarrhée; il a deux frères plus âgés que lui et bien portants. Ce malade ne connaît aucun cas de tumeur ou d'ulcère dans sa famille, il n'est ni alcoolique ni syphilitique; ses antécédents morbides sont : une bronchite en 1864, qui dura deux mois, une jaunisse en 1856, des fièvres intermittentes pendant un séjour en Corse en 1861, une pneumonie aiguë du côté gauche en 1871.

G... raconte qu'il y a à peu près trois mois, il s'aperçut de la présence de deux petits boutons vésiculeux, à base indurée, à 3 centimètres en dehors du mamelon droit. Peu à peu la base des boutons augmenta de volume et de consistance, et il se produisit là une grosseur sous-cutanée. Le malade n'y fit que peu d'attention, et attribua la chose à un coup de poing reçu vers cette région dans une rixe il y a deux ans. Mais, dans ces derniers temps, la grosseur, qui allait en augmentant, est devenue douloureuse, et c'est pour cette raison qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Là nous constatons, sur une ligne allant du mamelon au creux de l'aisselle, la présence d'une tumeur allongée, commençant à un travers de doigt en dehors du mamelon droit, et se continuant vers l'aisselle du même côté, sur une longueur de 6 centimètres. Cette tumeur est ovoïde, à grosse extrémité dirigée vers le mamelon; sa longueur est de 6 centimètres, sa largeur de 4; elle est de consistance dure et mamelonnée. Son sommet ne se termine pas brusquement, mais se fond dans un empâtement diffus, sous-cutané, que l'on peut suivre jusqu'au creux de l'aisselle, où l'on trouve deux ganglions durs et du volume d'une noisette chacun. La tumeur est indépendante du grand pectoral, sur lequel elle glisse facilement; elle est moins indépendante de la peau, à la couche profonde de laquelle elle adhère, si bien que lorsqu'on essaie de pincer la peau au-dessus de la tumeur, elle se plisse et prend un aspect chagriné. A première vue, la tumeur paraît développée en dehors du mamelon et du rudiment de glande mammaire qui existe chez l'homme, car le mamelon n'est pas entraîné dans les mouvements que l'on imprime à la tumeur; cependant, en pinçant le mamelon, on constate qu'il est empâté, plus volumineux que du côté opposé. La tumeur est assez sensible à la pression, mais elle n'est le siège de douleurs spontanées que depuis une

vingtaine de jours; ces douleurs se présentent irrégulièrement dans le courant de la journée, sous la forme d'élancements irradiant vers l'aisselle.

Comme nous remarquâmes, lors de ce premier examen, que le malade avait les ganglions de l'aisselle gauche, ceux du cou, des plis inguinaux très développés, sans hypertrophie du foie ni de la rate, on résolut, avant de prononcer un diagnostic, de soumettre G... à un traitement antisyphilitique, bien qu'il niât énergiquement tout antécédent de cette nature.

Nous auscultâmes ce malade avec soin, sans rien rencontrer d'anormal.

Après dix jours de ce traitement, la tumeur avait presque doublé de volume, et la peau, qui avait encore sa coloration normale au moment du premier examen, était devenue rouge violacé. De plus, un des mamelons de la grosse extrémité de la tumeur avait acquis le volume d'une noix et était fluctuant. On résolut d'opérer; cependant le diagnostic restait douteux. Notre maître, M. Duplay, reconnaissait une tumeur qui ne ressemblait à aucune de celles que l'on rencontre dans le sein de l'homme; il disait : Lympho-sarcome, et ajoutait : Peut-être. M. Felizet et les candidats du bureau central, qui suivaient le service, tenaient pour un carcinome, en raison surtout du rapide accroissement de la tumeur dans ces derniers temps.

L'opération fut pratiquée le 24 février, par M. Felizet, qui circonscrivit la tumeur et le mamelon dans une incision elliptique à grand axe dirigé vers l'aisselle; la tumeur était nettement séparée du tissu cellulaire sous-cutané et du grand pectoral. L'incision fut prolongée jusque dans le creux de l'aisselle, pour enlever les ganglions dégénérés; on y trouva, en plus des deux gros ganglions que nous avions reconnus, quantité de petits ganglions très durs. Suture, drain, pansement de Lister; la réunion se fit par première intention dans les trois quarts supérieurs de la plaie; le quart inférieur se réunit quelques jours après, et le malade partit pour Vincennes le 25 mars, avec une cicatrice linéaire normale et un creux axillaire parfaitement net.

L'examen histologique de cette tumeur a été fait par notre très obligeant ami le Dr Mayor, directeur du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris. Suit la note qu'il a bien voulu nous remettre.

A l'œil nu, la tumeur est formée d'une sorte de nodule principal, d'un blanc grisâtre, autour duquel se rencontrent, dans des travées de tissu conjonctif plus ou moins épaisses, de petits nodules de moindre volume, mais d'aspect à peu près semblable. La masse principale n'est pas régulièrement arrondie; elle semble formée de la réunion de tumeurs sphéroïdales qui ont fini par se fondre entièrement les unes avec les autres, au niveau de leurs points de contact. De plus, elle paraît avoir déterminé autour d'elle la formation exagérée d'un tissu conjonctif fibreux dont les travées irrégulières la pénètrent d'un côté, tandis que de l'autre elles se perdent en tous sens dans l'épaisseur du tissu adipeux qui les entoure.

En un point, existe une cavité kystique correspondant à cet endroit de la tumeur qui s'était surtout accru dans les derniers temps, et où l'on avait reconnu de la fluctuation. Cette cavité, tapissée d'une membrane grisâtre, contenait une sorte de crême blanchâtre très liquide.

En divers points, cette masse principale paraît avoir subi la dégénérescence caséeuse; ce caséum n'offre qu'une consistance très faible; il se rapproche, comme coloration et consistance, du pus plus ou moins concret.

Quant aux petits nodules satellites, variables comme dimensions du volume d'un grain de blé à celui d'un pois, ils sont assez régulièrement arrondis ou ovoïdes. Leur nombre est, du reste, assez faible; leur couleur est grisâtre, comme celle de la tumeur principale, mais ils n'offrent nullement à l'œil nu la transformation caséeuse.

Enfin, les ganglions altérés, enlevés en même temps que la tumeur, sont d'un gris blanchâtre uniforme, friables, mais ils ne présentent pas, à proprement parler, l'aspect caséeux.

Examen histologique après durcissement dans alcool, (gomme, alcool), et coloration au picrocarmin. — Au microscope, des coupes passant par les *nodules secondaires* nous ont donné les résultats suivants. Ces petites tumeurs semblent formées, au premier abord, presque uniquement de petites cellules arrondies, embryonnaires. A leur périphérie, au lieu de présenter une coupe nettement circulaire, ces nodules sont festonnés comme s'ils résultaient eux-mêmes de l'agglomération de petites tumeurs élémentaires, sphéroïdales. Leur limite est marquée, d'une façon très tranchée, par une enveloppe de tissu fibreux qui envoie des prolongements dans les angles rentrants,

formés par les festons de la tumeur. Le passage du tissu embryonnaire de la tumeur au tissu conjonctif fibreux de l'enveloppe est absolument brusque. Il n'y a aucune zone de transition, mais entre les lames parallèles de la capsule se rencontrent par places quelques traînées de cellules embryonnaires. Enfin, çà et là, autour de ce nodule composé, on voit de petits amas sphériques de cellules embryonnaires, qui tantôt sont assez bien limités, tantôt, au contraire, envoient dans le tissu conjonctif ambiant, et entre les vésicules adipeuses, des prolongements, des bandes de cellules embryonnaires qui emprisonnent un certain nombre de ces vésicules.

En examinant avec attention le nodule composé que nous venons de décrire, on constate d'abord, en plusieurs points, l'existence de petits groupes de cellules épithélioïdes à protoplasma coloré en jaune orangé par le picrocarmin, à noyau rose arrondi ou elliptique. En certains points, très rares, on remarque, au milieu de ce groupe épithélioïde, une cellule géante qui semble formée de la fusion de cellules analogues à celles qui l'entourent.

Je pourrais dire aussi que l'on ne rencontre aucun vaisseau dans cette tumeur, si l'une des préparations ne m'avait montré, près du bord du nodule, la coupe d'un petit capillaire dont la lumière était libre et contenant quelques globules rouges, et dont les parois étaient embryonnaires. C'est là le seul vaisseau perméable que j'aie rencontré dans l'épaisseur de ce néoplasme.

Mais il est intéressant d'étudier l'état des vaisseaux de calibre dans le tissu ambiant. Un certain nombre d'entre eux sont sains; mais tous ceux qui sont compris dans les nodules élémentaires, ou qui en sont seulement voisins, présentent des altérations extrêmement marquées. C'est d'abord un épaississement de la tunique interne, qui porte sur les veines aussi bien que sur les artères, et amène, en plusieurs points, l'oblitération complète de leur calibre, qui se trouve comblé par un tissu incolore, ou très légèrement jaunâtre, semé de noyaux, et qui paraît n'être que le résultat de l'agglomération des cellules endothéliales roses multipliées. La tunique externe est aussi fortement épaissie, quelquefois, mais non toujours infiltrée d'éléments embryonnaires généralement peu nombreux; presque toujours elle est transformée en un tissu homogène fibroïde, coloré en rose vif par le carmin. Enfin, la tunique moyenne des

artères, le plus souvent saine, est parfois aussi transformée en un tissu d'aspect vitreux, coloré fortement en rouge jaunâtre par le carmin. Nulle part on ne rencontre de vaisseaux, de quelque calibre qu'ils soient, dont les tuniques aient été envahies par le tissu embryonnaire au point de présenter l'aspect du tissu ambiant. *Ce caractère, qui appartient au sarcome, manque absolument.* Une seule artère se présente sur l'une des coupes, pénétrée sur un point de son pourtour par une sorte de bourgeon embryonnaire qui rompt la tunique muqueuse, mais s'arrête à la tunique interne.

Enfin, en examinant avec attention la coupe du nodule composé, on peut constater, sur certains points, que son défaut de vascularisation provient de ce que les petits vaisseaux qui le traversaient, et qui sont assez nombreux par places, sont tous oblitérés d'une façon complète.

Quant à la tumeur principale, celle qui, à l'œil nu, présentait des points caséeux, elle semble formée d'une série de nodules semblables à celui que je viens de décrire, plongés dans un tissu fibreux en plus ou moins grande abondance. Ici la forme en nodules et les altérations vasculaires se rencontrent également; mais, de plus, on peut constater la dégénérescence caséeuse, et, aux points où plusieurs noyaux caséeux se rencontrent sur la même coupe, disséminés dans le champ de petites cellules qui constitue la tumeur, on remarque qu'ils forment le centre de sortes de nodules confondus à la périphérie avec des tissus de même nature.

Les nodules offrent très régulièrement les trois couches suivantes : *a. couche périphérique*, formée uniquement de *cellules embryonnaires* très colorées par le carmin; *b. couche intermédiaire épithélioïde.* A mesure que l'on se rapproche du centre, on voit dans cette couche apparaître, de plus en plus nombreux, des éléments transformés en blocs vitreux, colorés uniformémement en rouge jaunâtre ou en rose par le picrocarmin; *c.* enfin, *noyau central* rose, de plus en plus pâle à mesure que l'on se rapproche de son centre, et constitué par la fusion des éléments vitreux de la couche précédente. Dans ce noyau central apparaissent des débris de noyaux et des granulations, qui deviennent de plus en plus nombreux à mesure que l'on s'éloigne de la couche épithélioïde.

Presque constamment, le centre de ces gros noyaux caséeux est occupé par un espace vide, c'est-à-dire par une sorte de

cavernule dont le contenu était trop peu cohérent pour résister aux légères violences exigées par le mode de préparation. Mais, fait très important, cette cavité centrale offre une forme constamment polygonale, assez analogue à celle d'une étoile à trois branches très irrégulière, ou à une figure résultant de la réunion, par leur base et sous un angle variable, de deux surfaces triangulaires. Jamais elle n'est arrondie. En outre, une légère teinte rose, une sorte d'étroit ruban perçu vaguement à travers les éléments en désagrégation qui bordent la cavernule, en dessine la limite, rappelant ainsi l'aspect que revêtent les parois de certaines bronchioles fort altérées au milieu d'un nodule tuberculeux. Il est impossible que cette forme constante des espaces vides ne fasse pas surgir immédiatement l'idée qu'ils ne peuvent être que des canaux préexistants dilatés, et dont les parois ont été fortement modifiées par la néoplasie. Je pense qu'on ne peut expliquer l'existence de ces figures à forme polygonale au centre des nodules caséeux, qu'en admettant qu'ils ne sont que les sinus auxquels normalement font suite les canaux galactophores dans les glandes mammaires développées. L'analogie de forme est frappante entre les cavernules de notre tumeur et le sinus galactophore plein de lait d'une mamelle en activité sécrétoire.

Dans cette partie de la tumeur, je n'ai rencontré qu'une ou deux cellules géantes ; encore se trouvaient-elles dans des zones épithélioïdes qui n'appartenaient pas à des nodules en dégénérescence caséeuse.

Le *ganglion dégénéré*, sur lequel nous avons fait des coupes, nous a montré un tissu exactement semblable à celui que nous avons décrit pour le premier nodule, sauf ce point que, tandis que dans la tumeur elle-même nous n'avions pas trouvé, à proprement parler, de stroma réticulé, le ganglion en présentait naturellement un fort apparent partout où les cellules embryonnaires avaient été chassées. Mais nous n'avons rencontré ici aucune cellule géante.

L'existence d'un tissu embryonnaire sans réticulum, constituant une tumeur du sein d'un certain volume chez l'homme, devait faire penser, tout d'abord, au *sarcome globo-cellulaire ;* mais l'étude, attentive et détaillée, de cette tumeur nous a fait constater les particularités que je viens de relater, et qui, il faut le reconnaître, sont bien plutôt propres à nous faire admettre la nature tuberculeuse du néoplasme.

Il va sans dire qne ce n'est pas sur un seul caractère que l'on peut étayer ce diagnostic, mais sur la réunion des signes suivants : disposition nodulaire de la tumeur, manière d'être du tissu conjonctif ambiant, constitution et arrangement régulier des diverses zones qui forment les nodules, altération spéciale du centre de ces nodules, état particulier des vaisseaux.

L'idée de sarcome ne pouvait plus être soutenue. Quant à ce que l'on est convenu d'appeler gomme syphilitique en anatomie pathologique, il nous suffira de rappeler que le seul signe distinctif qui la sépare, dit-on, du tubercule est la persistance, pendant un temps considérable, de vaisseaux perméables. Or, ici, l'oblitération des vaisseaux étaient la règle.

Tout plaide donc en faveur du diagnostic *tubercule*, et, malgré l'étonnement que pourra faire naître au premier abord, une pareille conclusion, nous ne pouvons refuser ce nom à une tumeur qui présente, ainsi que cela résulte de l'exposé que nous venons de faire, tous les caractères que l'on reconnaît actuellement en histologie au tubercule.

Le résultat de cet examen était fait pour surprendre, d'autant que nous n'avions observé chez ce malade aucun symptôme du côté du poumon, bien qu'il comptât dans ses antécédents morbides une bronchite et une pneumonie. Nous lui écrivîmes, environ deux mois après son départ de l'hôpital, pour le soumettre de nouveau à un examen minutieux, qui ne révéla absolument rien, ni dans les poumons, ni vers les organes génitaux. Nous pûmes alors constater la cicatrice très nette de la plaie opératoire, sans la moindre trace de récidive. De son côté, M. le Dr Mayor montra ses préparations aux histologistes les plus compétents, et son diagnostic fut confirmé par M. Dubar lui-même.

Nous avons donc bien eu affaire à un cas de tubercules du sein chez l'homme. En existe-t-il d'autres dans la science? Nous ne le croyons pas, car les recherches que nous avons entreprises, avec l'aide de quelques amis

obligeants, dans les ouvrages médicaux français et étrangers, ne nous ont rien révélé. Cependant, nous avons trouvé, dans la thèse de M. Horteloup (*Des tumeurs du sein chez l'homme*, Paris, 1872), une observation de tumeur du sein chez un tuberculeux, qui était très probablement elle-même de nature tuberculeuse. Nous la reproduisons ci-dessous, car elle nous servira dans l'essai de symptomatologie que nous allons tenter.

Observation II.

M. M..., âgé de 37 ans, est tuberculeux au moins depuis dix ou douze ans, et il y a des cavernes dans le sommet du poumon gauche. Il n'y a pas de syphilis antérieure.

Au mois de novembre 1870, étant à Menton, il fut pris d'un engorgement du testicule droit qui, après avoir présenté des symptômes de grande acuité, passa à l'état chronique, tout en empêchant le malade de resté debout, et provoquant de vives douleurs dans le ventre et à la région lombaire.

De retour à Paris, au mois de juin 1871, je trouvai le testicule droit de la grosseur d'un œuf de dinde, uniformément dur dans tous les points, sans bosselures, modérément douloureux à la pression. Le testicule gauche commençait également à prendre du volume et à devenir douloureux. Actuellement (juillet 1872), le testicule droit est diminué des deux tiers; le gauche a repris son volume normal. Il n'y a pas eu de ramollissement, pas d'abcès, et il n'existe pas de bosselures.

Au mois de décembre 1871, le malade se plaignit à moi de ressentir une douleur, au moindre contact, sur le sein gauche. Par l'examen direct, je constatai une tumeur parfaitement circulaire, de la largeur d'une pièce de 5 francs d'argent, aplatie, mais présentant cependant une épaisseur d'au moins 1 centimètre, douloureuse au toucher; il existe un peu de rougeur à la peau, le mamelon est comme implanté juste au centre de la tumeur. (Cataplasme en permanence pendant un mois.)

A la fin de janvier 1872, la douleur a disparu presque entièrement; mais la tumeur persiste à peu près avec son volume primitif. (Emplâtre de Vigo.)

Les applications d'emplâtre de Vigo furent continuées pendant trois mois. Diminution lente et progressive de la tumeur, dont il reste encore aujourd'hui quelques traces, mais auxquelles le malade ne prête plus aucune attention.

Nous comprenons que M. Heurteloup ait hésité sur la vraie signification de cettte tumeur, alors que l'existence possible de dépôts tuberculeux dans la mamelle de l'homme n'était pas démontrée ; mais nous ne sommes plus obligé à la même réserve, et nous croyons, en raison de certaines particularités symptomatiques que nous dirons plus loin, que le malade dont il a rappelé l'observation était bien réellement atteint d'une tumeur tuberculeuse du sein.

Et maintenant que l'existence des tubercules du sein, chez la femme et chez l'homme, est démontrée, il ne sera peut-être pas inutile de les comparer, tant au point de vue de la nature des lésions que de leur siège et de leurs symptômes. La symptomatelogie, déjà bien connue des tubercules du sein chez la femme, nous aidera à esquisser la symptomatologie probable des tubercules du sein chez l'homme, et, si l'on nous juge audacieux dans cette tentative, nous dirons que la science marcherait trop lentement si l'on se laissait toujours remorquer par les faits sans chercher jamais à les pressentir.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, les lésions visibles à l'œil nu ont été, dans le cas que nous avons observé chez l'homme, ce qu'elles sont dans la mamelle de la femme : « Il existe dans la mamelle deux variétés d'altérations tuberculeuses, dit M. Dubar : a. *des noyaux tuberculeux, disséminés* ; — b. *des*

noyaux tuberculeux, adjacents, confluents... Quelques-uns de ces noyaux peuvent être légèrement ramollis à leur centre ; dans la forme confluente la portion la plus volumineuse est occupée, à son centre, par des cavités irrégulières, arrondies, à prolongements diverticulaires multiples. La paroi de ces cavités et de ces trajets n'est pas lisse, et elles communiquent avec l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux. Ces cavités sont tapissées par une sorte de membrane molle, tomenteuse, d'aspect grisâtre ou gris jaunâtre sur quelques points ; le contenu est une sorte de bouillie grisâtre ou gris-jaunâtre. »

Que l'on veuille bien se reporter à notre description, et l'on verra l'extrême ressemblance qui existe entre la description que nous avons donnée et celle que nous venons de copier.

L'étude des lésions histologiques révèle une complète identité dans la marche du processus tuberculeux dans le sein de l'homme et dans celui de la femme. Nous aurions pu remplacer l'analyse histologique si consciencieuse que nous a faite le Dr Mayor par le chapitre de la thèse de M. Dubar, qui traite des *lésions du tissu interlobaire et interlobulaire* : mêmes granulations disséminées dans son tissu conjonctif, toujours formées par des amas de cellules embryonnaires, présentant quelquefois à leur centre des cellules épithéliales ; mêmes traînées, mêmes infiltrations cellulaires, etc... Seulement, M. Dubar n'a point rencontré là de follicules tuberculeux complets, c'est-à-dire avec cellules géantes centrales, mais il les a vus dans les granulations lobulaires.

Dans notre cas, les altérations des lobules glandulaires, qui constituent, suivant M. Dnbar, une des lésions les plus importantes de la tuberculose mammaire, n'ont

point été aussi apparentes qu'elles le sont chez les femmes. Nous pensons que l'on peut, très logiquement, attribuer ce fait au faible développement de la glande mammaire chez l'homme. En effet, les seuls éléments glandulaires qui semblent avoir été transformés par la néoplasie sont tout à fait analogues, comme forme, aux sinus galactophores, c'est-à-dire aux parties qui, dans le sexe mâle, offrent encore, à l'état normal, quelque développement. Les lésions des vaisseaux, et en particulier l'endartérite végétante, étaient d'ailleurs les mêmes dans notre cas et dans ceux qui ont servi de base à l'intéressant travail de M. Dubar.

Les deux variétés du tubercule de la mamelle, *forme disséminée, forme confluente*, se retrouvent, avec des caractères aussi distincts au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, chez la femme. Quelle que soit la forme, le début est insidieux, très obscur ; ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les malades s'aperçoivent de la présence d'indurations dans le sein. L'engorgement ganglionnnaire est précoce et parfois les ganglions suppurent et restent fistuleux. Dans la forme disséminée, on reconnaît par la palpation des indurations, des nodosités, de la grosseur d'une amande ou d'une noix, dans l'épaisseur de la glande. Dans la forme confluente, les tubercules constituent, par leur fusion, une tumeur qui grandit par poussées, avec ou sans réaction inflammatoire, avec ou sans douleurs. La tumeur, de volume variable, est de forme ovoïde, mamelonnée, résistante ; elle donne la sensation d'une fluctuation obscure. La peau de la région est normale, et l'organe est indépendant des parties profondes. Une ponction ou une incision, pratiquée au niveau des points fluctuants, amène l'issue d'une quantité variable d'un liquide purulent contenant des grumeaux

caséeux. Après la ponction, l'orifice ne se ferme point mais devient généralement fistuleux, sous la forme d'un orifice à bords légèrement indurés ou fongueux. M. Dubar ne nous dit pas ce qu'il adviendrait si l'on n'intervenait pas; mais nous voyons, dans l'observation I de sa thèse, que les tumeurs s'ouvrent alors spontanément, et restent fistuleuses pendant un certain temps.

Dans sa troisième période, qui est la période d'état, et que l'on pourrait appeler période des fistules, la région prend une physionomie presque caractéristique ; on voit une bosselure du sein présentant un ou plusieurs orifices fistuleux ; des orifices de même nature existent également sur la paroi antérieure de l'aisselle, au centre des tuméfactions ganglionnaires ; autour des orifices fistuleux, la peau est rougeâtre et violacée, adhérente dans un certain rayon aux parties sous-jacentes ; au-dessous des fistules, la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues ; le stylet s'enfonce dans ces trajets fistuleux de 1, 3, 4 centimètres, et rencontre au fond des parties molles, légèrement dépressibles et comme friables. Dans certains cas, après un temps variable, un mois et demi ou deux mois, les parois de la poche sont à peu près éliminées, l'orifice fistuleux se cicatrise et la tumeur n'est plus représentée que par un empâtement peu étendu.

La marche de la maladie est très lente, et sa terminaison sans intervention n'est pas connue. L'intervention amène la guérison de cette tuberculisation locale ; mais le plus souvent, d'autres manifestations de la diathèse, du côté des organes thoraciques surtout, arrivent à dominer la scène, et amènent tôt ou tard une terminaison fatale.

Ne sera-t-on pas frappé, comme nous l'avons été en écrivant cette description résumée de la thèse de

M. Dubar, de l'extrême ressemblance qui unit, au point de vue symptomatique, le tubercule de la mamelle chez la femme et celui du testicule ? Mêmes dépôts tuberculeux, se révélant d'abord par des indurations qui se ramollissent, s'ouvrent, et donnent lieu à des fistules qui quelquefois se ferment, après avoir évacué leur contenu ; qui, plus souvent, ne tarissent pas, pendant que chemine l'affection pulmonaire qui enlèvera le malade.

Chez l'homme, les symptômes sont les mêmes, avec cette différence que, évoluant sur un terrain moins vaste, moins important anatomiquement et physiologiquement, leur physionomie est plus effacée, leurs traits généraux moins accentués. Ne voyons-nous pas, dans les deux cas que nous connaissons, l'affection débuter sourdement par une tumeur d'abord indolente, mamelonnée, sous-jacente au mamelon, qui tantôt reste une simple induration, comme dans le cas cité par M. Horteloup, et diminue à mesure que l'affection générale, combattue par un traitement approprié, perd du terrain, qui, tantôt au contraire, comme dans notre cas, se ramollit, devient fluctuante en un point, et se creuse d'une de ces cavités, à contenu purulent, avec grumeaux caséeux, si fréquentes dans les tubercules du sein chez la femme ?

N'avons-nous pas, assisté, chez l'homme, à la formation d'un de ces kystes, accompagnée de la réaction inflammatoire et douloureuse que l'on signale chez la femme ? Nul doute, pour nous, que la cavité purulente, dont la tumeur du sein que nous observions s'est creusée sous nos yeux, ce qui hâta le moment de l'intervention, ne se fût ouverte spontanément, si l'on eût tardé à intervenir, et n'eût donné lieu à une de ces fistules qui marquent la troisième période de l'évolution sympto-

matique du processus tuberculeux chez la femme. Et notre conviction à cet égard, est telle, qu'en présence d'une fistule chez l'homme, inexplicable par une carie costale sous-jacente, ou une périostite externe, ou l'existence antérieure d'une de ces imflammations franches de la glande mammaire que l'on rencontre parfois dans l'enfance et la puberté, nous penserions de suite à une suppuration tuberculeuse, surtout si le malade présentait en même temps quelques symptômes de tuberculose pulmonaire.

A la vérité, il existe bien quelques différences, mais elles tiennent uniquement au développement si différent de la glande mammaire dans les deux sexes. Si la peau garde sa coloration première chez la femme pendant l'évolution d'un abcès tuberculeux, tandis que nous l'avons vue rougir chez l'homme, c'est que, chez la femme, elle est séparée du foyer tuberculeux par une épaisseur de tissu cellulo-adipeux qui n'existe pas chez l'homme. Il faut aussi signaler l'importance plus grande de l'engorgement des ganglions axillaires chez la femme, où ils suppurent parfois même avant le tubercule mammaire ; mais quelle différence aussi entre le développement des lymphatiques de la mamelle dans l'un et l'autre sexe !

D'ailleurs, nous ne voyons pas pourquoi d'autres différences que celle de plus à moins sépareraient la tuberculisation des glandes mammaires dans les deux sexes, quand la tuberculisation des mêmes organes, poumons, cerveau, etc., chez l'homme et chez la femme, n'est séparée que par des nuances symptomatiques. Seulement, la glande mammaire de l'homme étant beaucoup moins développée, sans vie physiologique, la tuberculisation y doit être moins fréquente, et s'y révéler par des symptômes moins marqués.

CHAPITRE II.

Sarcomes.

On peut rencontrer dans le sein de l'homme la plupart des variétés de sarcomes. Nous sommes parvenu à en réunir un certain nombre de cas; quelques-uns sont accompagnés d'examens histologiques qui ne permettent pas d'hésitation, nous les consignerons dans ce chapitre; pour les autres que l'on trouvera dans nos observations, force nous a été de faire le diagnostic anatomique d'après les symptômes ou des indications assez vagues sur la nature de la tumeur. Nous ne nous dissimulons pas combien ce mode de procéder est défectueux, et combien précaire l'enseignement qu'on en peut tirer ; c'est pourquoi nous rejetterons à la fin de notre travail les observations qui ne contiennent pas d'examen anatomique suffisant.

Sarcome nucléaire. — Nous empruntons cette observation à la thèse de M. Horteloup, à qui elle fut communiquée en 1872 par M. le professeur Simon Duplay. C'est un bel exemple de sarcome nucléaire.

Observation III.

Sarcome nucléaire, (empruntée à M. Horteloup).

M. B..., jouissant d'une bonne santé habituelle, sans antécédents cancéreux dans sa famille, me fut adressé par le profes-

seur Lasègue dans le courant du mois d'avril 1869. Il était porteur d'une petite tumeur du sein gauche, ayant débuté quelques mois auparavant, sans cause appréciable, et tendant à s'accroître assez rapidement depuis deux mois.

Cette tumeur, qui présente le volume d'un gros œuf de poule, occupe le segment externe du sein gauche, en dehors du mamelon, et est allongée transversalement. La peau qui la recouvre, légèrement violacée et parcourue par quelques vaisseaux dilatés, adhère sur la partie la plus saillante.

La tumeur est libre d'adhérences sur les parties profondes. La consistance est molle et donne la sensation d'une fausse fluctuation; elle est à peu près indolente, et devient seulement, de temps à autre, le siège de quelques élancements.

Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Je diagnostique une tumeur de nature maligne, et je conseille l'ablation.

L'opération est faite le 17 avril, avec anesthésie.

La tumeur est circonscrite à l'aide de deux incisions courbes, de manière à emporter la portion de peau adhérente, puis disséquée à sa face profonde, et facilement enlevée.

L'écoulement sanguin a été peu abondant; deux ou trois ligatures ont suffi.

La guérison de la plaie a été entravée par un érysipèle survenu quelques jours après l'opération; la santé générale est parfaite, et il n'existe aucune trace de récidive.

L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome nucléaire. Indépendamment de quelques cellules fusiformes en très petit nombre, la presque totalité de la tumeur était constituée par des noyaux libres, réunis en masses par une substance intermédiaire peu abondante.

Ce malade a été suivi depuis onze ans par M. le Dr Duplay et il n'y a point eu de récidive.

A propos de la présentation, par Thaon, d'un sarcome encéphaloïde du sein chez l'homme, à la Société anatomique (mai 1871), M. Laborde fit la communication suivante, qui paraît se rapporter à un sarcome fasciculé.

Ce cancer *est très grave*, j'ai eu l'occasion d'en obser-

ver un cas très curieux ; le malade était depuis plus de quarante ans hypocondriaque et constamment tourmenté par l'idée qu'il allait se développer chez lui un cancer ; c'est ce qui arriva, en effet, lorsqu'il eut atteint 61 ans : une tumeur se forma dans le sein ; elle grossit peu à peu, mais il se fit à son niveau une rétraction considérable ; puis, après l'application d'un vésicatoire, une ulcération se forma : enfin, survint la cachexie et une tumeur secondaire dans l'estomac.

A l'autopsie : cancer de la plèvre en taches de suif, noyau cancéreux au pylore, et cancer du sein à noyaux fusiformes.

La mère de ce malade avait été opérée d'une tumeur au sein et était morte d'une récidive.

Nous avons trouvé dans la *Lancet* (nov. 1875), un cas de *sarcome fuso-cellulaire* (spindle-celled sarcoma).

Observation IV.

Cancer du sein, par M. Croft *(Lancet,* nov. 1875).

M. Croft présente à la Pathological Society of London un sarcome du sein enlevé sur un sujet mâle. Le malade était âgé de 52 ans, et la tumeur qui s'était développée rapidement *projected in a series of three proeminences from the breast.* La partie supérieure était molle et élastique, le reste ferme. Après l'enlèvement, il a été prouvé que c'était *a spindle-celled sarcoma,* ainsi que M. Croft l'avait diagnostiqué. Le patient ne put pas se remettre de l'opération et mourut huit jours après.

Dans nos observations, il s'agit vraisemblablement de sarcomes du sein, fibro sarcome dans le cas XXII, cartilagineux dans le cas XXIII, et myéloïde ou en-

céphaloïde dans l'observation de M. Fontanègre (Observation XXIV).

La *dégénérescence kystique* parait également avoir été observée dans les sarcomes du sein chez l'homme. Birkett (Diseases of the breast, 1850, p. 296) constate que les sarcomes séro-kystiques sont rares dans le sein de l'homme. Cependant il dit en avoir observé deux cas chez des hommes de 52 et 54 ans; le premier durait depuis 16 ans, le deuxième depuis 6 mois. Ils furent opérés avec succès. Malheureusement il ne donne point d'autres renseignements.

Nous avons trouvé dans une thèse soutenue à Giessen (zur pathologie der mannlichen Brusdrüsen), par Hoffmann en 1855 le cas suivant de *tumeur kystique.*

Observation V.

Tumeur kystique, Schmidt 1855 (Extrait d'une thèse soutenue à Giessen).

Homme de 55 ans, atteint d'un zona lombaire avec violente névralgie du plexus lombaire. Après une première guérison, il eut une récidive. Au bout de quatre mois, la douleur rayonnait jusqu'à l'épaule et la glande mammaire du côté gauche. La peau, recouvrant le grand pectoral, était tuméfiée, chaude, rouge; l'aréole du mamelon pigmentée de noir était augmentée de volume. Sur le mamelon, il y avait une tumeur ovale, grosse comme un œuf de pigeon, mobile, bosselée. Les glandes axillaires étaient normales. Le zona et la névralgie disparurent, mais la tumeur du sein était toujours douloureuse, peu dure. Sur la demande du malade, on lui en fit l'extirpation. La tumeur est plate, ovale et double du mamelon.

Son tissu était uniformément solide, jaunâtre ; sur la périphérie d'une section de la glande, on trouvait au milieu d'une couche fibreuse, des vésicules nombreuses, réunies les

unes contre les autres, sans communication entre elles, grosses comme une tête d'épingle. Les vésicules étaient transparentes, pleines d'une liqueur claire comme de l'eau et aussi de petits amas de matière grasse. Le contenu des kystes était formé par de la liqueur aqueuse et par de petits grains. Les kystes avaient un épithélium, mais ne possédaient aucune membrane propre visible. La paroi des kystes était formée de couches concentriques se confondant avec le stroma. Au-dessous du mamelon, les vésicules kystiques manquaient tout à fait, les conduits lactifères apparaissaient sous forme de fils jaunes, blanchâtres, à divisions dichotomiques qui avaient une paroi avec un épithélium, mais ces conduits ne communiquaient en aucune façon avec les vésicules. On ne trouvait nulle part une terminaison nette. (Hoffmann.)

Il faut rapprocher de ces observations le cas suivant de kyste sarcomateux.

Observation VI

Kyste sarcomateux télangiectasique et papillaire du sein gauche chez un homme, par Silva Amado.

C'est seulement la cinquième d'après l'auteur ; Muller, Birkett, Paget et Velpeau auraient observé les quatre précédentes. Après l'incision et la ponction, après récidive de la tumeur ayant donné dans les deux cas des hémorrhagies répétées, il fallut procéder à l'extirpation de la tumeur. Elle présentait deux cavités; l'une contenait des caillots et des végétations très vasculaires des parois; l'autre, plus petite, en contenait aussi. Un tissu blanc, offrant la résistance du tissu squirrheux à la coupe, formait la partie dure, essentiellement constituée par des éléments fusiformes, tandis que des papilles couvertes de cellules polyédriques formaient les végétations. De là la justification du titre d'après la classification de Virchow. C'était, auparavant, le fongus hématode, dont Dupuytren rapporte deux

exemples analogues chez la femme dans ses leçons cliniques. C'est le cas de dire que le mot ne fait rien à la chose, car le traitement est toujours le même (O correio med.de Lisboa nº 18) (Union médicale T. 13, page 453).

Enfin on trouvera dans nos observations un autre cas de *tumeur kystique*. Il appartient à Gowland (Lancet, 1862, vol. 2, p. 498) ; il s'agit évidemment d'une tumeur kystique, mais il est impossible de se prononcer sur la nature vraie de la dégénérescence. (Obs. XXV.)

Epitheliomes.

Nous possédons, actuellement, quatre cas d'épithélioma du sein chez l'homme. Ils appartiennent à la science française; les recherches longues et consciencieuses auxquelles nous nous sommes livré dans les journaux et recueils étrangers, et qui nous ont permis de recueillir tous ou presque tous les cas de tumeurs du sein publiés jusqu'à ce jour, sont restées négatives au point de vue de l'épithélioma. Nous ne parlons bien entendu que de ces cas dans lesquels le diagnostic a été confirmé par un examen histologique. On trouvera en effet dans les observations rassemblées à la fin de ce travail, sept autres cas de tumeurs du sein qui, par leur marche et certaines particularités de description peuvent peut-être rentrer dans la classe des épithéliomas. Au moins les avons-nous consignées sous cette étiquette, mais seulement à titre de diagnostic *probable* (*Observations* XXVI, XXVII et suivantes).

Des quatre cas *certains* d'épithélioma, deux sont empruntés à la thèse de M. Horteloup; le troisième, publié en partie dans l'Union médicale, appartient à M. le D[r] Thorens; le dernier a été recueilli par nous pendant notre internat à Lariboisière.

Observation VII.

Epithéliome cylindrique à tubes allongés, par Marcowitz (Soc. anat. 1860).

La tumeur est située sur le grand pectoral, mobile sur son aponévrose, adhérente à la peau dans toute son étendue; elle est oblongue et mesure dans son grand axe 12 centimètres, dans son petit 7 centimètres et demi. Elle est bosselée, tant sur sa face cutanée que sur sa face profonde; ces bosselures sont au nombre de dix à douze, mais ne sont pas franchement limitées entre elles comme les adénoïdes.

A la coupe, elle crie sous le scalpel comme un tissu fibreux ; la surface à la coupe est d'un gris rosé et huileux; des traînées rouges indiquent la présence des vaisseaux. Vers son centre, on remarque trois points, dont un plus considérable, d'une couleur jaunâtre, ressemblant à du pus concret ou à de la matière tuberculeuse en voie de ramollissement. Cette matière s'énuclée avec facilité et n'a aucune espèce d'adhérence celluleuse ou cellulo-vasculaire, ce qui indique que les parties qui la constituent ne vivent plus de la vie commune de la tumeur. Par le râclage, on obtient un suc lactescent très abondant.

M. Robin, qui a fait l'examen de la tumeur, a trouvé qu'elle était formée par une traînée fibreuse, d'ailleurs peu abondante, qui retient dans ses mailles des cylindres d'épithélium devenu pavimenteux par segmentation de la matière amorphe d'interposition. Ces cylindres ne sont plus entourés de membrane propre glandulaire. Les épithéliums, outre le changement qu'ils ont éprouvé par le passage à l'état de cellule, et l'hypergénèse dont ils sont le siège, se sont encore énormément hypertrophiés. Toutes les cellules sont nucléolées. Quant aux points jaunes qu'on remarque au centre de la tumeur, ce sont des épithéliums passés à l'état phymatoïde par la présence dans l'intérieur des cellules d'une grande quantité de granules graisseux réfractant fortement la lumière, et qui masquent le nucléole et même le noyau.

Observation VIII

Epithélioma lobulé. (Emp. à la th. de M. Horteloup).

Le sujet était un homme de 63 ans. Début de la maladie il y un an. Ulcération depuis six mois.

Pendant ces deux derniers mois, elle est devenue le siège d'une hémorrhagie abondante.

Voici les renseignements histologiques que M. Cornil a bien voulu me transmettre, avec une obligeance dont je suis heureux de pouvoir le remercier.

La tumeur était petite, globuleuse,du volume d'une noix.

La consistance est friable et, sur une section, on voyait à l'œil nu de petites cavités aréolaires, qui pouvaient la faire prendre pour un cancer colloïde, au premier abord.

Au microscope, elle présente tous les caractères d'un épithéliome pavimenteux lobulé.

Dans toute l'étendue de la préparation, existent des lobules arrondis, ovoïdes ou présentant des prolongements arborescents et séparés, les uns des autres, par du tissu conjonctif parcouru lui-même par des vaisseaux.

Ces lobules, variables comme diamètre, sont gros, visibles à l'œil nu, et mesurent 0^{mm}, 35 à 0^{mm},45 en moyenne. Leur limite est formée par le tissu conjonctif sur lequel s'implantent directement des cellules pavimenteuses, soudées et disposées en couches épaisses ; celles-ci remplissent complètement la cavité de la plupart des lobules. Elles sont de volume uniforme ; cependant quelques-unes d'entre elles, surtout au centre des lobules, sont vésiculaires et distendues. Aussi, au centre de certains lobules, trouve-t-on une partie claire, contenant quelques cellules rondes, libres et limitées par des couches de cellules épithéliales pavimenteuses qui remplissent le reste du lobule. Il n'y a pas de globes épidermiques, et dans ce cas les cellules les plus vieilles contenues dans le centre des îlots subissent la dégénérescence colloïde.

A la partie profonde de cette tumeur les lobules épithéliaux sont disséminés au milieu d'un tissu cellulo-adipeux conservé.

A sa partie superficielle la peau a été détruite, et il ne reste

rien qui représente le corps papillaire. La tumeur était, en effet, ulcérée depuis six mois. Il n'y a pas non plus dans cette partie de la tumeur d'éléments qui représentent les glandes acineuses de la mamelle, et il est probable que la tumeur s'est développée dans le derme comme un cancroïde, né profondément aux dépens des glandes de la peau qui recouvrent la région mammaire.

En résumé il s'agit d'un épithéliome lobulé de la région mammaire, mais il n'est pas probable que la glande ait participé à sa formation.

Observation IX.

Carcinome, récidives. (*Union médicale*, 1881, n° 7.)
Cancer du sein chez l'homme (note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 août 1880, par M. le docteur Henri Thorens, ancien interne des hôpitaux).

A. R..., 60 ans, concierge, 84, boulevard Malesherbes, vient me consulter pour une tumeur qu'il porte au sein gauche.

C'est un homme de forte stature, vigoureux, bien musclé, dont la nutrition ne paraît pas avoir souffert. Il n'a pas fait de maladies antérieures; il n'a pas eu de rhumatismes; il n'est pas hémorrhoïdaire. Il était sujet aux migraines. Les renseignements que nous avons pu recueillir ne nous font rien signaler comme antécédents héréditaires.

En 1874, il a été atteint d'un zona du côté gauche; ayant apparu d'abord au niveau du mamelon, il a duré près de dix-huit mois. Il porte encore les cicatrices laissées par cette éruption en travers de la paroi thoracique. En janvier 1877, il remarque dans la région mammaire, au niveau même de l'aréole, une tumeur qui suit un développement lent et continu. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon. Cette tumeur était peu douloureuse, rouge et un peu enflammée.

Il a vu, à cette époque, divers médecins qui lui ont conseillé l'ablation de la tumeur. Au lieu de suivre leurs conseils, il s'est mis entre les mains d'un empirique qui, au mois de mai 1879,

lui a fait, avec une lancette, plusieurs incisions autour du mamelon, et a insufflé une poudre dans chacune de ces incisions. A partir de ce moment, la tumeur s'est ulcérée ; le mamelon a disparu. En même temps, la tumeur est devenue très douloureuse; les douleurs ont cependant été calmées quelque peu par l'application d'une pommade à base de laurier-cerise.

A mon examen, la tumeur occupe la région mammaire gauche ; elle mesure 12 centimètres dans le sens transversal et 8 centimètres de haut en bas. Elle est dure, obscurément mamelonnée ; sa partie centrale est occupée par une ulcération à bords irrégulièrement tracés, mais peu profonds, non taillés à pic, saignant assez facilement, et du diamètre d'une pièce de cinq francs. La tumeur est adhérente à la peau qui fait corps avec elle et qui, surtout dans les parties avoisinant l'ulcération, présente une teinte rouge livide. Elle est mobile, au contraire, avec la peau, sur les tissus sous-jacents, et on peut facilement la faire glisser dans tous les sens. On ne remarque pas à sa surface de veines saillantes. Elle semble, de plus, nettement délimitée des tissus environnants, et n'envoie pas les prolongements rameux que l'on rencontre dans certaines formes de tumeurs du sein. Elle n'est pas très douloureuse à la palpation ; mais elle est le siège, au dire du malade, de douleurs lancinantes, aiguës, survenant par accès.

L'examen des ganglions axillaires, pratiqué avec soin, et à plusieurs reprises, ne nous fait reconnaître aucun engorgement, aucune augmentation de volume de ces organes

La santé générale de R... est d'ailleurs bonne, sa nutrition en bon état. Il n'a rien à la poitrine, rien au cœur ; ses digestions sont faciles.

Observation X.

Cancer du sein récidivé chez l'homme. (Note lue par M. Henri Thorens, *Union médicale*, 1881, n° 7.)

Messieurs, dans votre séance du 14 août 1880 (*Union médicale* 1881, n° 7), j'ai eu l'honneur de vous communiquer une observation de cancer du sein chez un homme de 60 ans ; après

l'opération, la cicatrisation avait été longue à obtenir, et je me demandais si cette lenteur dans le travail de réparation ne devait pas être regardée comme un commencement de récidive. Il en a été effectivement ainsi.

Au mois de janvier 1881, huit mois après la première opération, R... se présentait dans mon cabinet portant deux petites tumeurs indurées : l'une, apparue la première, siège à l'angle interne de la cicatrice; elle est ulcérée à son sommet et recouverte d'une croûte noirâtre; l'autre, dont l'apparition est d'un mois plus récente que la première, se trouve vers le milieu de la cicatrice. L'une et l'autre ont à peu près le volume d'un marron; elles sont dures, irrégulièrement bosselées, adhérentes à la peau, mais mobiles sur les tissus sous-jacents. Elles sont indépendantes manifestement l'une de l'autre. Les ganglions sont parfaitement indemnes. L'état général est très bon.

Je proposai à R... une nouvelle extirpation qu'il se décida à accepter, en constatant l'accroissement assez rapide de la tumeur externe. — L'opération fut pratiquée au domicile du malade, le 5 avril 1881, avec l'assistance de MM. les docteurs Edouard Michel et A. Velsgerber. Le malade étant chloroformé, toutes les précautions antiseptiques étant prises, j'enlève d'abord la tumeur interne, la contournant par deux incisions semi-elliptiques et ayant soin de me tenir en dehors des limites du tissu morbide. Cette première partie de l'opération s'exécute sans difficulté; l'application des pinces hémostatiques de Kœberlé arrête l'hémorrhagie qui est peu abondante. La plaie est recouverte d'une éponge imbibée de solution phéniquée et je procède à l'ablation de la seconde tumeur. Celle-ci s'étend plus profondément que la première; l'aponévrose du grand pectoral lui est adhérente et je suis obligé de couper dans le tissu musculaire pour être sûr d'avoir dépassé ses limites; elle tend à se prolonger du côté de l'aisselle, mais les ganglions paraissent tout à fait indemnes. L'hémostase est faite sans difficulté, deux petites artérioles nécessitent seules une ligature au catgut. La plaie lavée à l'eau phéniquée, je procède à la réunion. Pour ce qui est de la plaie interne, il suffit de trois points de suture métallique entrecoupés pour amener la juxtaposition de ses bords. Quant à la plaie externe, je suis obligé de recourir à la suture métallique profonde, les bords de la plaie étant maintenus en contact par quatre points de suture entrecoupés. Le

drainage est établi avec soin, et le tout recouvert d'un pansement de Lister.

Le soir, il n'y a pas de fièvre ; température : 37°,5 ; pouls, 80.

Le 7, je change le pansement ; la plaie interne est réunie par première intention; je coupe les points de suture sans enlever les fils. L'état général est excellent; il n'y a pas eu fièvre; l'opéré se lève, je lui conseille de sortir.

Le 9, j'enlève les fils des sutures; mais le lendemain je trouve que deux points de la plaie externe ont cédé; il s'est fait un décollement que j'attribue au trop grand rapprochement des drains. Malgré cet accident la cicatrisation se fait régulièrement et elle est complète trois semaines après l'opération.

La tumeur présentait à l'œil nu les mêmes caractères que celle qui avait été enlevée dons la première opération. M. le Dr Nepveu a bien voulu l'examiner, comme il l'avait fait de la première, c'était encore un épithéliome, mais dont la disposition glandulaire était moins nette, appartenant par conséquent à une variété dont le pronostic est plus grave au point de vue d'une généralisation future.

La malignité de la tumeur a donc augmenté par le fait de la récidive ; mais l'absence bien constatée de tout engorgement ganglionaire me paraît justifier une opération qui pourra éviter ou tout au moins retardera une généralisation ultérieure.

Nous devons à l'obligeance de M. Latteux une deuxième étude histologique de la tumeur récidivée. — A un faible grossissement, la tumeur apparaît formée d'un tissu caractérisé par des alvéoles creusées au milieu d'un stroma très dense ; ces cavités sont très irrégulières comme forme et volume ; elles sont surtout remarquables en ce que les unes sont remplies de cellules encore jeunes, tandis que les autres sont au contraire presque comblées par des masses crétacées provenant de la dégénérescence des premiers éléments.

A un grossissement plus fort : on constate que le stroma est absolument dépourvu d'éléments embryonnaires ; il constitue un tissu fibreux très dense. Les cel-

lules contenues dans les alvéoles se présentent avec tous les caractères ordinaires des cellules carcinomateuses. Dans les parties crétacées on ne trouve plus traces de cellules.

La tumeur doit être rangée dans les *carcinomes fibreux*; et le carcinome est en voie de calcification.

Nous avons eu l'occasion de revoir dernièrement ce malade avec M. le Dr Thorens : la tumeur a récidivé pour la seconde fois sous la forme de trois gros noyaux développés le long de la cicatrice. De plus, on sent nettement aujourd'hui un gros ganglion axillaire. Malgré cela l'état général est resté bon.

L'histoire de cette tumeur nous paraît être des plus intéressantes : c'est un bel exemple de transformation d'épithelioma en carcinome, et elle nous paraît de nature à fortifier les théories de Robin et Waldeyer sur l'origine épithéliale des carcinomes.

Observation XI.

Tumeur maligne du sein chez l'homme. Epithélioma intracanaliculaire. — Cette observation recueillie par nous pendant notre internat à l'hôpital Lariboisière, a été publiée en mai 1881 dans les *Archives générales de médecine.*

M..., âgé de 56 ans, cocher, d'une excellente santé, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 11 pour une tumeur du sein.

Père mort à 55 ans d'une affection aiguë, mère morte à 65 ans de vieillesse (?) Cet homme n'a jamais été malade ; à l'âge de 22 ans, il eut un chancre qui dura huit jours, mais on ne relève aucun accident syphilitique ultérieur.

Il y a environ neuf mois, M... s'aperçut que sa chemise était tachée de quelques gouttes de sang au niveau du mamelon droit ; en même temps il constata une petite grosseur sous-

jacente au mamelon de 1 centimètre cube de volume, et en la serrant un peu, il en fit sortir quelques gouttes de sang. Peu à peu cette tumeur a grossi, l'écoulement continuant toujours. Il y a six semaines, M..., préoccupé du volume de la tumeur, qui ne l'a jamais fait souffrir, ni empêché de travailler, fut voir un médecin.

La tumeur était alors grosse comme les deux poings réunis et paraissait formée de plusieurs poches pleines de liquide.

Le médecin ponctionna ces poches au bistouri, à différentes reprises : il sortit environ 200 grammes de sang de chacune d'elles. Ces ponctions successives déterminèrent un affaissement de la tumeur qui fut ainsi réduite au volume d'un poing d'enfant.

Nous constatons au niveau du sein droit une tumeur du volume d'une grosse mandarine,sous-jacente au mamelon,ovoïde, à grand diamètre transversal ; au-dessus, la peau est légèrement violacée, mais libre d'adhérences excepté en cinq points où l'on voit les cicatrices déprimées des ponctions.

Le mamelon, de volume normal, est déprimé et enfoncé au même niveau que l'ariole dont il est séparé par un sillon circulaire. La tumeur paraît formée de lobules, nettement séparés ayant une base commune et formant des kystes fluctuants du volume d'une noix. Les incisions ne sont obturées que par une mince couche de lymphe plastique et, quand on comprime les kystes, il s'en échappe un jet d'eau parfois roussâtre, parfois limpide.

Point d'adhérences aux parties profondes. Jamais de douleurs spontanées ni déterminées par la pression. Le malade n'a reçu aucun coup dans cette région. En bas et en dedans, la tumeur est nettement limitée, mais elle se prolonge vers l'aisselle par une masse confuse, indurée, qui aboutit à deux ganglions de la grosseur d'une noisette et d'une dureté remarquable.

Opération le 28 mars. — M. Duplay circonscrit la tumeur dans deux incisions curvilignes, et la sépare sans trop de peine des tissus voisins. L'incision, prolongée jusque dans le creux de l'aisselle, conduit sur les deux ganglions ; ces ganglions adhéraient à la gaîne celluleuse de la veine axillaire, qu'il fallut disséquer. Réunion par bandelettes de diachylon pansement de Lister.

Le 14 mai, le malade est en bonne voie de cicatrisation, il pourra sortir dans quinze jours.

M. le Dr Mayor chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, a bien voulu se charger de l'examen histologique de cette tumeur. Suit la note qu'il nous a remise et dont nous le remercions :

La tumeur qui nous a été remise représentait en quelque sorte une agglomération de kystes variant du volume d'un pois à celui d'une noix. De ces kystes, les uns étaient remplis d'un liquide muqueux jaunâtre, les autres renfermaient un sang plus ou moins transformé. Ils étaient plongés dans un stroma conjonctif assez dense. En examinant attentivement la tumeur, on remarquait sur la paroi de certaines de ses cavités, des végétations grisâtres, demi-transparentes, criblées de petits orifices, ou semées de points hémorrhagiques. Quelques-unes de ces végétations qui sont globuleuses plutôt que papillaires remplissent presque entièrement le kyste dans lequel elles font saillie. Enfin, entre les cavités, dans le tissu conjonctif plus abondant, qui formait la gangue de la tumeur, on remarquait çà et là des taches plus ou moins volumineuses, arrondies, formées d'un tissu d'aspect gélatineux, semblable à celui qui constituait les végétations intra-kystiques. Le microscope (1) nous a montré que ce tissu n'était autre qu'une agglomération de cellules cylindriques disposées régulièrement, de façon à figurer des tubes enchevêtrés les uns dans les autres. Ces tubes d'aspect glandulaire, sont soutenus par de très minces travées conjonctives, dans lesquelles rampent des vaisseaux dont la structure est celle des capillaires. Les tubes sont tantôt vides, tantôt pleins d'une matière homogène ou finement granuleuse. Ce tissu est appuyé sur une paroi solide formée de lames parallèles et serrées de tissu conjonctif. Parfois au centre de la masse de nouvelle formation ainsi enkystée se voit une cavité pleine de substance granuleuse et régulièrement limitée par une couche de cellules cylindriques. Cette cavité peut acquérir un volume assez considérable, ainsi que nous avons pu en juger à l'œil nu. Mais il arrive alors fréquemment que, sur une étendue plus ou moins considérable, le tissu épithélial d'aspect

(1) Durcissement : alcool, gomme et alcool. Coloration des coupes : précrocarmin.

glandulaire, disparaît complètement, à tel point que le kyste peut même n'être plus tapissé par des cellules spéciales; la lame la plus interne du tissu conjonctif ambiant est en rapport direct avec le liquide du kyste. Nous n'avons pas trouvé de cristaux de matière colorante du sang dans ce liquide qui s'est coagulé sous l'influence de l'alcool en une masse granuleuse colorée en rose jaunâtre très pale par le picro-carmin. Dans d'autres cavités, au contraire, nous avons rencontré du sang en nature, et au milieu des globules sanguins se voyaient des débris de tissu épithélial qui remplissait primitivement le kyste. L'hémorrhagie était, sans doute, le résultat de la rupture des capillaires qui, comme nous l'avons vu, sont contenus dans l'intervalle des tubes d'épithélioma cylindrique.

En outre, dans le tissu conjonctif ambiant, on remarque par places des amas allongés de cellules épithéliales beaucoup moins régulières que celles qui constituent les amas tubulaires que nous avons décrits d'abord. Dans ces mêmes régions, le tissu conjonctif, au lieu d'être fibreux adulte, présente de nombreux foyers d'irritation. Ces derniers détails se remarquaient principalement vers la périphérie de la tumeur. En ce point, en outre, on rencontre des zones de tissu conjonctif dans lesquelles les éléments cellulaires sont remplis de granulations hématiques. Il s'agit probablement ici d'un travail de résorption du sang contenu dans certains kystes.

Nous avions donc affaire, dans ce cas, à un épithélioma cylindrique du sein. Cette tumeur semble avoir été primitivemunt intra-canaliculaire et avoir dilaté d'abord les cavités atrophiées de la glande normale jusqu'à les transformer en cavités kystiques visibles à l'œil nu. Mais actuellement, d'après les phénomènes constatés à la périphérie de la tumeur, on peut dire que celle-ci a rompu par places l'espèce de barrière que lui opposait le tissu fibreux, et que ses éléments plus ou moins modifiés tendent à s'infiltrer dans l'intervalle des fibres conjonctives. L'existence des champs de tissu embryonnaire est une preuve de l'activité de la tumeur.

Le cas suivant présenté par Deguise à la Société de chirurgie (Séance du 12 octobre 1850) est peut-être un épithélioma pavimenteux.

Observation X

Epithéliome pavimenteux (?)

M. Deguise présente une mamelle cancéreuse enlevée à un homme de 68 ans ; le cancer paraît à M. Deguise de nature encéphaloïde, et il se fonde sur les circonstances suivantes : la tumeur s'est développée en 5 ou 6 mois ; elle s'est ulcérée rapidement et l'ulcération a donné lieu à des hémorrhagies qui se sont souvent reproduites ; on voit au milieu de la tumeur comme un foyer apoplectique.

M. Chassaignac fait observer que l'on fait sortir de cette tumeur par la pression un produit concret, vermiforme et comme caséeux ; il rappelle que Astley Cooper a vu un cas de tumeur du sein chez l'homme, dont les éléments étaient colorés en vert

Il est assurément trop tôt pour tenter d'écrire l'anatomie pathologique de l'épithélioma du sein chez l'homme. Dans deux de ces observations, il n'est point question de l'origine probable de la dégénérescence, et aucune mention n'est faite de l'état des éléments glandulaires. Dans le cas de Bernadet dont l'examen histologique fut fait par M. le professeur Cornil, il est dit que « la tumeur s'est sans doute développée dans le derme comme un cancroïde, profondément aux dépens des glandes de la peau, et que la glande n'a probablement pas participé à sa formation ».

Notre cas est seul explicite sur ce point : l'origine glandulaire de la tumeur est nettement indiquée dans l'examen si consciencieux du Dr Mayor : « la tumeur semble avoir été d'abord intra-canaliculaire et avoir dilaté d'abord les cavités atrophiées de la glande normale jusqu'à les transformer en cavités kystiques visibles à l'œil nu, etc. etc.... »

CHAPITRE IV.

Carcinomes

Avec Cornil et Ranvier, nous comprenons sous le nom de *carcinomes*, les tumeurs désignées généralement sous le nom de *squirrhe*, *encéphaloïde*, cancer, etc.; et nous décrirons dans ce chapitre « les tumeurs composées d'un stroma fibreux limitant des alvéoles qui forment par leurs communications un système caverneux, dont les mailles sont remplies de cellules libres, les unes par rapport aux autres, dans un liquide plus ou moins abondant. » (Cornil et Ranvier.)

Le carcinome est, de toutes les tumeurs, celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans le sein de l'homme; et nous l'y avons trouvé sous la plupart de ses variétés. Une d'entre elles prédomine, le *carcinome fibreux ou squirrhe*; mais nous aurons bientôt l'occasion de revenir et d'insister sur ce point.

Conformément au plan que nous avons adopté, nous ne consignerons dans ce chapitre que les observations *complètes*, c'est-à-dire celles qui sont de nature à prouver, par le soin qui a été apporté à leur étude histologique, l'existence des différentes variétés de carcinome que nous allons décrire chez l'homme. On trouvera les autres, destinées surtout à étayer par leur nombre l'étude clinique que nous nous proposons de faire des *tumeurs malignes*, dans nos pièces justificatives.

1° *Carcinome fibreux* ou *squirrhe*. Cette classe comprend le plus grand nombre des tumeurs du sein observées jusqu'à ce jour chez l'homme ; nous en avons relevé près de soixante cas dans les recueils scientifiques anglais et français, surtout dans les premiers. Malheureusement beaucoup d'entre eux ne sont pas accompagnées d'une étude histologique suffisante, de sorte que l'embarras est souvent très grand pour décider s'il faut ranger ces *cancers squirrheux*, — c'est l'étiquette sous laquelle ils sont toujours enregistrés, — dans les sarcomes fibreux ou dans les carcinomes fibreux.

Nous donnons ci-dessous quelques cas certains de *carcinome fibreux*.

OBSERVATION .

Cancer du sein chez l'homme. — Observation de THAON.

Carr... Louis, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. TRÉLAT, le 28 avril 1871.

Cet homme est porteur d'une grosse tumeur du sein droit qui lui est apparue il y a 9 mois. Elle a débuté par une petite croûte au niveau du mamelon et par une tuméfaction de la région ; des élancements partant de la région s'irradiaient au loin. Ces élancements ont cessé bientôt pour ne plus reparaître ; la tuméfaction a augmenté graduellement.

Etat actuel. Au niveau du sein droit, tumeur dure, indolente à la pression, mobile en masse sur les couches profondes, du volume d'un sein de femme pubère. Peau adhérente partout, rouge et très amincie vers l'alvéole. Mamelon perdu au milieu de végétations papillaires, recouvertes de croûtes jaunâtres.

Ganglions mobiles, non douloureux dans l'aisselle correspondante.

Rien à noter dans les autres régions du corps, on diagnostique une tumeur maligne du sein et l'ablation est décidée.

Opération. — La périphérie de la tumeur est circonscrite

par deux incisions en ellipse, la queue de l'ellipse se prolonge du côté de l'aisselle ; les ganglions et le sein sont ainsi extirpés, on panse à plat avec la charpie trempée dans l'eau de Pagliari.

Examen de la tumeur. — La tumeur n'a pas de limites tranchées : le tissu pathologique s'avance sous forme de traînées dans les couches voisines et envahit partiellement le grand pectoral. La coloration est blanc grisâtre. A la coupe, on obtient un suc laiteux, dans lequel on trouve au microscope une grande quantité de cellules, la plupart très volumineuses, contenant un ou deux noyaux à nucléoles brillants.

Sur des coupes durcies et traitées par le pinceau, on obtient un tissu alvéolaire ; les parois sont formées par du tissu fibreux. Dans l'intérieur des alvéoles on trouve encore des cellules qui n'ont pas été chassées par le pinceau ; elles ressemblent à celles qui étaient contenues dans le sac.

Tel est le type général du tissu ; mais, selon les régions, les alvéoles apparaissent plus petits, d'un aspect squirrheux plus marqué; ailleurs les parois sont plus minces et les cellules plus nombreuses.

L'examen miscroscopique, d'accord avec la clinique, permet d'affirmer l'existence d'un cancer du sein.

Les ganglions avaient l'aspect d'une bouillie blanchâtre ; ils renfermaient les mêmes éléments que la tumeur du sein.

L'examen histologique a été fait par mon collègue M. Malassez, dans le laboratoire de M. Ranvier, au collège de France.

Le malade est sorti à peu près guéri de sa plaie le 15 juillet.

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital Necker.

Cette tumeur provient d'un homme de 38 ans, sans antécédents syphilitiques ni cancéreux ; elle a débuté il y a deux ans environ, et le malade l'attribue à des excitations (succions

fréquemment répétées sur cet organe). Son volume est celui d'une mandarine, et l'on trouve dans l'aisselle du même côté un ganglion. Les douleurs, faibles et passagères au début, sont devenues assez violentes dans ces derniers temps et ont rendu l'opération nécessaire.

Suit le résultat de l'examen histologique fait par M. Latteux, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Necker. Nous le prions de bien vouloir accepter nos remerciements pour l'empressement avec lequel il a bien voulu mettre son habileté et son expérience à notre disposition, en cette circonstance et en plusieurs autres.

A un faible grossissement, nous observons un tissu conjonctif alvéolaire à petites cavités plus ou moins irrégulières et donnant à l'ensemble du tissu un aspect caverneux caractéristique du carcinome. Le tissu fibreux très compact s'élargit en quelques points pour former des alvéoles plus considérables qui contiennent des îlots de cellules, tantôt libres, tantôt agglomérées. — Point de vaisseaux dans l'ensemble de la coupe.

A un grossissement de 300 diam., les cellules présentent les apparences générales que l'on est accoutumé de trouver dans ces sortes de tumeurs; elles sont très irrégulières comme forme; ovales, triangulaires, etc., etc., et sont surtout remarquables par le volume du noyau au milieu duquel on voit même un nucléole. L'ensemble du tissu ne présente pas de traces de ramollissement, excepté sous un petit point correspondant à un alvéole volumineux et où on rencontre tous les caractères des éléments en voie de régression.

En résumé : l'aspect général est celui du carcinome, comme on le trouve dans le sein de la femme, mais avec cette différence que les alvéoles sont plus petits, plus tassés.

Le ganglion axillaire avait le volume d'une olive : nous l'avons trouvé complètement envahi par le néoplasme; son tissu propre normal a disparu presque entièrement; il est remplacé par un tissu plus ferme au milieu duquel on ne distingue plus qu'une innombrable quantité de nids carcinomateux.

En résumé, la tumeur doit être classée dans les *carcinomes fibreux*.

Observation

Cancer du sein (squirrhe). — Adénite axillaire. — Extirpation. — (Traduit par Pellier des *Reports* of the Dublin Pathological Society.)

Le Dr M'Clinetoeck fait voir un exemple de tumeur mammaire qui lui a été envoyé de Dandolle par le Dr Brunker. Cette tumeur occupait le centre de la mamelle gauche immédiatement au-dessous du mamelon. Avant son ablation, elle présentait les caractères ordinaires du squirrhe; elle avait une dureté extrême, était très adhérente aux téguments et mobile à un très faible degré; deux glandes axillaires étaient hypertrophiées.

Quand la tumeur vint en possession de M. M'Clintock, elle avait été immergée dans l'alcool pendant quelque temps, de telle sorte qu'on ne pouvait reconnaître plusieurs des caractères propres à se faire une opinion positive sur la nature pathologique de la tumeur. Elle était très solide, très dure dans sa texture, très dense, et offrait au toucher et à l'œil nu les caractères que l'on attribue d'habitude au squirrhe. Toutefois cette production pouvait être une de ces formes de tumeurs voisines du squirrhe, une variété de tumeur fibro-plastique. Aussi ne pouvait-il dire avec certitude que c'était une tumeur squirrheuse.

Désireux de savoir si l'examen microscopique jetterait de la lumière sur le sujet, M. M'Clintock demanda au Dr J, Barker de l'étudier. Celui-ci répondit qu'elle contenait une quantité considérable de *matière germinale active* et des traînées (bands) possédant un haut degré de réfraction, en somme les lésions qu'on voit dans le squirrhe.

La seule particularité de ce cas qui fût digne d'intérêt, c'est que la tumeur du sein existait chez un homme. Le malade était fort, âgé de 35 ans. Il avait remarqué une augmentation du volume de la mamelle deux années auparavant; mais, dans les derniers mois la tumeur avait augmenté rapidement. Le Dr Brunker hésitait à recommander l'extirpation des ganglions axillaires. Toutefois le malade insistait pour qu'on les enlevât, parce qu'il devait partir pour l'Amérique; le Dr Brunker céda à ses instances et les extirpa. La plaie se cicatrisa rapidement.

On trouvera également dans les observations XLIII, XLIV, XLV, XLVI, etc., de beaux exemples de squirrhes ; plusieurs peuvent être rangés dans la classe des squirrhes atrophiques ; dans la plupart, la prédominance de la trame fibreuse est notée dans le tissu de la tumeur. L'obs. XXXIII, traduite de la thèse du Dr Hugo Stumpff (Gryphiæ 1872) est particulièrement intéressante à ce point de vue.

Le *squirrhe pustuleux ou disséminé* est loin d'être rare dans le sein de l'homme. L'observation suivante en est un exemple ; on en trouvera sept autres à peu près semblables dans nos pièces justificatives (observation.

Observation XVI

Cancer du sein. — Squirrhe pustuleux ou disséminé par Doutrelepont de Berlin.

Homme de 50 ans, affaibli et amaigri, souvent malade ; pas de tumeur dans sa famille. En 1870, tuméfaction indolore avec induration du mamelon gauche ; en 1872, la tumeur se met à grossir incessamment et devient le siège de douleurs ; en février 1873, elle commence à s'ulcérer. Voici quel était l'état du malade en mai 1873, époque où l'auteur le vit pour la première fois. Tumeur très adhérente aux côtes, présentant un ulcère d'environ 7 centimètres de diamètre de forme à peu près ronde, à fond inégal crevassé, comme cicatrisé en quelques points, à bords renversés en dehors et très durs. A peu de distance de cette tumeur, se trouvent plusieurs nodosités cutanées mobiles du volume de lentilles ; il existe un tubercule semblable, mais ayant les dimensions d'un œuf de pigeon près de la ligne axillaire ; enfin, sur le bord du sternum et près de l'appendice xyphoïde, deux nodosités très adhérentes aux os. Plusieurs ganglions axillaires tuméfiés et très durs. On excisa deux des tubercules cutanés pour les soumettre à l'examen microscopique

qui montra qu'on avait affaire à un squirrhe. Au voisinage des nodosités, infiltration celluleuse parcourant tout le chorion sous forme de canaux qui gagnent obliquement la surface tégumentaire, en se bifurquant et en présentant par places des tuméfactions irrégulières. En examinant de plus près ces canaux, il ne pouvait guère rester de doute sur ce qu'il s'agissait de lymphatiques cutanés (*Rev. des scien. méd.* 1874).

La confluence de ces nodules squirrheux avec envahissement consécutifs de la peau qui les sépare, produit ce que nous appellerons avec M. Horteloup, le *cancer en cuirasse*, comme on le voit pour l'observation suivante.

OBSERVATION

Cancer en cuirasse non ulcéré. — Masses ganglionnaires dans l'aisselle. — (Obs. emp. à la thèse de M. HORTELOUP.)

Malade couché au n° 2 de la salle Saint-Sacerdos, service de M. le Dr OLLIER.

Le malade âgé de 48 ans, a été amputé autrefois de la cuisse, à la Charité, par M. Velpeau. Il est entré à l'Hôtel-Dieu en juillet 1871, pour un cancer du sein qui a débuté il y a deux ans. A cette époque le malade avait commencé à éprouver des douleurs profondes dans le côté gauche, autour de la région mammaire. Il s'aperçut seulement un an après, d'une petite tumeur siégeant dans le même point; elle augmenta progressivement, mais sans altérer la santé générale. Le malade est gros et frais et travaille encore à la campagne, autant que lui permet la perte de son membre.

Au moment de son entrée on constate une tuméfaction avec induration de la mamelle dont le mamelon rétracté occupe le point central. La peau est adhérente, violacée à ce niveau. Mais, indépendamment de cette masse principale, sur un rayon de 10 à 12 centimètres, on voit la peau recouverte de *petits*

tubercules indurés, quelques-uns déprimés au centre, d'autres ressemblant à des papules rosées et mal limitées. Entre ces papules, la peau est déjà sclérotisée, indurée et sans souplesse. En dehors, elle formait une plaque dure, s étendant jusque dans l'aisselle. En aucun point la peau n'est ulcérée; au niveau du mamelon seulement, il existe une exulcération superficielle. Dans l'aisselle, on sent une masse dure qui se prolonge sous le grand pectoral.

Le malade n'éprouvait que des douleurs insignifiantes, la nutrition n'était pas altérée. Comme il n'y avait pas d'intervention possible, il quitta l'Hôtel-Dieu au bout de huit jours.

A côté de ces *carcinomes squirrheux*, qui forment le grand nombre des cancers du sein chez l'homme, il faut faire place à quelques cas de carcinome épithélial, vivant, envahissant, et amenant assez rapidement la mort par généralisation et cachexie. Nous avons pu relever dix cas de cancer du sein avec tendance à la généralisation ; ils appartiennent aux formes les plus malignes du carcinome. Nous n'en donnerons ici qu'une observation ; les autres seront, partie dans les carcinomes mélaniques, partie dans les observations rassemblées à la fin de ce travail.

OBSERVATION

Carcinome épithélial du sein chez l'homme avec généralisation dans les vaisseaux lymphatiques avoisinants.—(Thèse du Dr Chenot.)

Le 7 décembre 1875, le nommé Lavialle (Jean), âgé de 53 ans, conducteur d'omnibus, est entré à la Pitié, grande salle Saint-Louis, lit n° 6 (service de M. VERNEUIL) pour un ulcère qu'il porte au niveau de la région mammaire gauche et pour une oppression considérable qui lui est survenue depuis six semaines.

Au mois de juillet 1872, Lavialle reçut un coup de timon au niveau du sein gauche, la douleur qu'il ressentit fut vive et réapparut à divers intervalles; mais il ne vit aucun gonflement, au contraire, il fit remarquer à sa femme que le mamelon de ce côté se déprimait d'une façon très notable. Six mois après, il constata que sa chemise était un peu tachée de sang, et s'aperçut alors que son mamelon rétracté était ulcéré. Quatre ou cinq mois plus tard, il reçut (de rechef) sur le sein gauche un coup de tête de cheval, ce fut un coup de fouet pour l'ulcération qui s'agrandit et prit environ le diamètre d'une pièce de 2 francs; en même temps, il eut, à plusieurs reprises, des douleurs lancinantes qui l'obligeaient de s'arrêter s'il marchait; il se produisit alors du gonflement au bord de l'ulcère et un durcissement considérable. La plaie, suivant l'expression du malade se creusa de plus en plus, et offrit cet aspect de mamelonnement particulier au cancer; le malade consulta un médecin, il prit de l'iodure de potassium, on lui fit sur le sein de badigeonnages de teinture d'iode. Le mal empirait, le malade saupoudra sa plaie avec du camphre et y appliqua des compresses imbibées de goudron. Les bourgeons charnus, de noirâtres à aspect sale qu'ils étaient, prirent une teinte rouge. Mais l'ulcération ne tarda pas à prendre une plus grande étendue, en même temps que les bourgeons remplissaient le fond de la plaie. Une très grande gêne de la respiration se manifesta et le malade entra à l'hôpital pour se faire soigner de « son asthme cancéreux. » Il éprouve pendant l'inspiration une sensation de constriction au niveau du larynx et accuse aussi la sensation d'un poids vers la région sternale qui est située entre les deux seins.

Nous passons alors à l'examen de la partie malade : nous voyons un vaste ulcère, dur, immobile, allongé transversalement, un peu rétréci dans son tiers externe. Il mesure environ 11 centimètres de diamètre horizontal sur 6 de diamètre vertical, les deux diamètres passant par le centre du mamelon. Cet ulcère, d'un rouge vif quand il est lavé, offre une surface irrégulière des bords saillants ; il repose sur une base dure et épaisse; en certains points nous remarquons des anfractuosités profondes, délimitées par des bourgeons charnus, exhubérants ou fongosités; l'aspect général de la plaie est d'un gris noirâtre, d'une coloration qui est due à un liquide séreux, grisâtre, à odeur spécifique, fétide, c'est ce que l'on a appelé ichor

cancéreux. Nous remarquons, au pourtour de l'ulcération, de petites élévations très dures, d'un rouge lie de vin; les ganglions de l'aisselle sont engorgés : on a sous le doigt la sensation de grains de chapelets endurcis. A la partie externe du creux de l'aisselle nous notons un petit enfoncement non ulcéré entouré d'une alvéole noirâtre; celle qui entoure l'ulcère est sillonnée de veinosités; le malade prétend qu'elles y étaient avant le coup. La peau dans cette région est visiblement rétractée vers le creux axillaire. La face du sternum qui regarde la plaie semble envahie sur une vaste surface par la tumeur cancéreuse; il y a même, à quelques centimètres du sein droit, une induration semblable à celles que nous avons notées autour de l'ulcère. A l'endroit qui sépare le tiers externe des deux autres tiers de la clavicule, se trouve, comme implantée sur l'os et faisant corps avec lui, une tumeur grosse comme une cerise et qu'il faut attribuer aussi à la généralisation du cancer.

Nous interrogeons ce malade au point de vue de l'hérédité qui nous semble nulle : sa mère est morte à 66 ans, son père, à 46, a été emporté par la fièvre typhoïde, ses grands parents sont morts septuagénaires et octogénaires; quant à lui, il ne se souvient avoir eu dans sa vie qu'une pneumonie; il a joui d'une bonne santé jusqu'au jour où il a reçu un premier coup sur le sein; nulle part nous n'avons trouvé chez lui de trace de scrofule; il n'a jamais eu, dit-il, de maladies vénériennes. Il a eu 15 enfants dont quatre seulement sont vivants (tous sont morts entre 6 mois et un an). Interrogé sur son alimentation, il nous a répondu qu'il se nourrissait bien, mais qu'il buvait 2 litres à 2 litres 1/2 de vin par jour. Cet homme a ce que l'on appellerait un tempérament nerveux; de plus, c'est un névropathe; nous noterons ici, pour l'expliquer au chapitre étiologie, que nous avons rencontré souvent coïncidence entre la névropathie et le cancer. Nous constatons un profond retentissement sur la santé générale, le malade est arrivé à la dernière période c'est-à-dire à celle de cachexie cancéreuse, son appétit est considérablement diminué, ses selles sont moins régulières qu'à l'état normal; en six semaines il a subi un amaigrissement rapide. En le fixant attentivement, on lui reconnaît la teinte jaune paille caractéristique; en même temps que l'amaigrissement, se sont manifestés beaucoup d'affaiblissement, essouflement énorme, essouflement qu'il faut attribuer à la généralisation du cancer vers le parenchyme pulmonaire. A la percussion nous avons

trouvé une matité considérable, et à l'auscultation du soufle bronchique qui n'est autre qu'un fruit normal anormalement transmis. Par moments, le malade tousse; jusqu'à présent son expectoration n'a pas renfermé de sang (nous en avons trouvé des stries trois jours avant sa mort). Nous lui avons demandé, pour compléter son examen, s'il avait des douleurs dans les lombes; il nous a répondu affirmativement; mais faut-il attribuer ces douleurs à un dépôt cancéreux dans les os? ou à l'habitude de la position assise à laquelle il était constamment astreint? Les organes génitaux ont conservé leur volume normal.

Nécropsie. — Le malade a succombé le 12 décembre à 8 heures du matin. Nous procédons à l'examen du cadavre; nous lavons l'ulcère et nous en voyons le fond qui est d'un jaune rougeâtre, il n'adhère pas aux côtes et est distinct des bords du sternum, il est compris entre la troisième et la cinquième côte. Le cancer nous semble *a priori*, avoir pris naissance dans la couche profonde de l'épiderme. La tumeur de la clavicule ne fait pas non plus corps avec l'os. Son tissu comme celui de la base de l'ulcère du sein est dur, blanc lardacé, il crie sous le scalpel. La clavicule est rouge au niveau de cette tumeur; en la sectionnant à cet endroit, elle nous offre une teinte violacée. En pressant entre les doigts le tissu des poumons, nous sentons, surtout au bord inférieur, des indurations comme crétacées; en les incisant, nous les trouvons composées d'une trame dure semblable à celle que nous avons observée dans les autres tumeurs. Le foie largement incisé nous offre un aspeet graisseux; en examinant sa surface de près, nous y remarquons de petites indurations lenticulaires, qui, évidemment, ne sont autres qu'un commencement de dépôt de tissu cancéreux. Rien dans le cerveau. Rien au cœur. Rien à la rate. Les reins sont sains. Nous avons refoulé, mais vainement, le paquet intestinal afin d'avoir à découvert la colonne vertébrale; mais les douleurs que le malade ressentait à son niveau ne se trouvent pas expliquées, car il n'y a pas là transport cancérenx; peut-être en faisant une coupe des vertèbres lombaires, aurions-nous trouvé au microscope les éléments du cancer.

Histologie. (Nous remercions M. le Dr Nepveu, chef du laboratoire de la Pitié, qui nous a transmis cette note). — Sur une coupe fine du tissu ulcéré, on voit, à l'examen microscopique, de nombreuses alvéoles du carcinome avec les cellules épithé-

lioïdes caractéristiques. Ces cellules se retrouvent également dans la profondeur de petits tubercules sous-épidermiques situés au pourtour de l'ulcération ; la peau qui les recouvre est à peine envahie dans ses couches les plus profondes.

2° *Carcinome encéphaloïde ou médullaire.* — Il est beaucoup moins fréquent dans le sein de l'homme que le carcinome fibreux ; nous n'avons pu en réunir que cinq observations ; encore faut-il ajouter qu'elles sont loin d'être complètes.

Dans celle de Roux (obs.), il est dit « que le tissu de la tumeur était encéphaloïde, non ramolli, criblé de sang à sa partie interne, mais non à l'état d'épanchement. »

Dans celle de Ch. Garnier, présentée par Larrey à la Société de chirurgie, il est dit seulement « que le squirrhe récidivé est en voie de transformation encéphaloïde.

M. Duguet, lors de la présentation d'une observation de cancer du sein par le Dr Thaon à la Société anatomique, rappela « qu'il avait vu à St-Louis, dans le service de Voillemier, un cas de cancer encéphaloïde du sein chez l'homme ; c'était une récidive, et quoique la tumeur fût volumineuse, l'état général était assez bon. »

L'observation suivante a trait à une tumeur « plus maligne que le squirrhe simple et contenant une substance analogue à la matière cérébrale. »

Observation X.

Squirrhe du sein, par le Dr Liston.

Cet homme âgé de 47 ans, plâtrier, est porteur d'une tumeur qui a paru il y a 6 mois environ, sans cause connue. La tumeur

traitée par les antiphlogistiques avait paru diminuer quand le malade se cassa la jambe et cessa tout traitement. Alors, dans ces derniers temps, la tumeur est devenue douloureuse; actuellement elle est de la grosseur d'un œuf de poule, dure, adhérente, douloureuse. Ablation, guérison.

Liston dit que c'est une tumeur plus maligne que le squirrhe simple et contenant une substance analogue à la matière cérébrale. (*Lancet*, 1838-39. T. II, p. 489.)

Le cinquième cas n'est guère plus probant; cependant il y est dit qu'il s'agit d'un *médullary cancer*, mais sans plus d'explications. (Obs. XX.)

OBSERVATION XX.

Carcinome du sein droit, par Witfield Perkins.

Le malade âgé de 49 ans, remarqua au sein droit, il y a 18 mois, une tumeur dure, lobulée, douloureuse. Après être restée en cet état pendant bien des semaines, la tumeur grossit subitement, se ramollit et devint fluctuante. Une large incision fut faite et donna issue à 8 ou 10 onces de pus; mais la plaie ne se cicatrisa pas. La masse devint dure et vasculaire, plissant et infiltrant la peau, rétractant le mamelon et rendant un écoulement sanieux par une petite ulcération. Les ganglions axillaires n'étaient pas pris; il n'y avait pas de cachexie. L'homme était de robuste santé et continua son état de menuisier jusqu'au jour de l'opération.

L'opération fut faite le 6 mai.

Quand le malade fut tout à fait sous l'influence du chloroforme, une incision fut faite autour de la tumeur, bien au delà des limites de la peau attaquée. La tumeur fut complètement enlevée. On plaça 8 à 10 points de suture et deux gros vaisseaux furent liés. Pansement antiseptique. Pendant la nuit qui suivit l'opération, le patient arracha le pansement, il en résulta une hémorrhagie veineuse considérable. Puis la guérison sur-

vint rapidement. Treize jours après l'opération il était en état de sortir et de reprendre ses occupations ordinaires.

La tumeur était un *medullary cancer* et est maintenant au musée de Guy's hospital. (Lunatic asylum London, *Lancet*, septembre 1879.)

Velpeau (traité des maladies du sein, pag. 712) dit à ce propos : « j'ai rencontré neuf à dix exemples de squirrhes dans le sein de l'homme ; jusqu'en 1839, je n'avais encore vu que des squirrhes, mais j'ai pu constater, depuis, l'existence de tumeurs encéphaloïdes un certain nombre de fois dans la mamelle de l'homme. Une fois la tumeur, qui n'était point encore ulcérée, offrait le volume des deux poings; elle existait chez un homme d'une cinquantaine d'années et commençait à se ramollir sur une de ses principales bosselures. »

« Un homme de 48 ans, qui vint me consulter en 1850, avait le sein gauche occupé par de larges fongosités cérébroïdes, en même temps que l'aisselle était remplie de tumeurs de même nature et non ulcérées. »

« J'ai dû extirper du creux de l'aisselle en 1847 une masse cancéreuse ulcérée, chez un homme qui avait subi, dix-huit mois auparavant, l'ablation d'un large encéphaloïde de la mamelle. »

Nous pouvons conclure que le carcinome encéphaloïde est très rare dans le sein de l'homme, et qu'il paraît s'y présenter avec ses caractères ordinaires (volume, mollesse, etc...)

3° *Carcinome mélanique.* — Il a été observé trois fois, à notre connaissance, dans le sein de l'homme. Nous en donnons ci-dessous une observation assez complète empruntée à la thèse du D[r] Chénet (Paris 1876).

Observation XXI.

Carcinome mélanique du sein chez l'homme. — Généralisation.

M. D..., âgé de 41 ans, de haute taille, maigre, à peau brune, très impressionnable, a toujours mené une vie régulière et suivi une bonne hygiène. Toutefois, il est légèrement emphysémateux, et a plusieurs fois souffert de dyspepsies. Sa mère a succombé vers 60 ans à un cancer de l'intestin. Il y a trois ans environ, il vit, sans cause bien appréciable, se développer à l'aréole du sein droit une petite tumeur indolente, ressemblant à une verrue, et occupant l'épaisseur de la peau; il n'y fit aucune attention. Cependant cette production fit des progrès lents, devint le siège de démangeaisons et de quelques élancements, ce qui l'engagea à consulter le Dr Chevallier. (Nous le prions d'accepter tous nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle il nous a transmis quelques-uns de ces détails.) La tumeur, à cette époque, était aplatie, épaisse de 1 centim. 1/2 environ, large comme une pièce de 5 francs, sans adhérence profonde et sans ulcération à la surface. M. Chevalier parla d'une opération, qui ne fut point acceptée. Six mois après, l'ulcération apparut et la tumeur fit des progrès. En même temps, les ganglions de l'aisselle commencèrent à s'indurer. Au commencement de décembre 1874, M. Verneuil fut appelé et constata les particularités suivantes : plaques indurées à contour irrégulier occupant toute l'aréole, sur un point de laquelle on retrouvait le mamelon. Pas d'adhérence au grand pectoral; mais, en revanche, ulcération assez profonde, à bords taillés à pic et renversés en dehors, pus sanieux au centre, quelques croûtes sur les bords. Le mal offrait les caractères d'un épithélioma ulcéré ; mais la teinte noire des bords, en certains points, et de quelques-uns des bourgeons du centre, révélait trop clairement l'existence d'un cancer mélanique. Cette supposition a été confirmée par la présence, dans la cavité de l'aisselle et le long du bord du grand pectoral, d'un chapelet de petits ganglions durs, mobiles encore, variant du volume d'un noyau de cerise à celui d'une noisette. Malgré la gravité extrême du pro-

nostic, l'opération fut proposée, acceptée et pratiquée le 18 décembre. On excisa la tumeur largement, en sacrifiant tout autour d'elle une zone cutanée saine, d'un bon travers de doigt de largeur. Une incision séparée permit d'énucléer les ganglions, du nombre de six à sept. Ceux-ci étaient déjà imprégnés de mélanose; l'examen microscopique du reste de la tumeur y montra des cellules et des granulations pigmentaires en nombre considérable. On fit le pansement avec la mousseline et les pulvérisations phéniquées; il n'y eut point d'accidents primitifs, quand, le vingtième jour, le malade fut pris d'un frisson très intense avec augmentation de chaleur et de température. Ce violent accès de fièvre se termina par une poussée herpétique de la plaie avec herpès labial, puis l'aspect de la plaie devint moins mauvais; au b ut de quatre ou cinq jours, tout était rentré dans l'ordre. Ces accidents se produisirent deux ou trois fois depuis. En même temps, des tubercules cancéreux se développèrent à une petite distance de la plaie; ils furent enlevés une première fois par la pâte de Vienne. La plaie sembla de nouveau marcher vers la guérison.

Vers la fin de mars 1875, le malade allait assez bien, il commençait à se servir de son bras; il partit pour la campagne. Là, ses digestions devinrent bientôt difficiles; le foie, en même temps, augmenta considérablement de volume. Les toniques et les préparations alcalines ne furent suivis d'aucun effet. A la fin de septembre, quand M. Chevalier revit le malade, il le trouva très maigre, se plaignant d'une gêne énorme dans la respiration (gêne augmentée par l'emphysème antérieur). De nouveaux tubercules qui s'étaient reproduits autour du sein furent encore enlevés par le caustique de Vienne. Sous l'aisselle, des abcès coïncidaient avec la réapparition des ganglions. Aujourd'hui, c'est-à-dire un an après l'opération, le malade est en pleine cachexie cancéreuse, très maigre, très faible, sans appétit. L'ulcère n'a aucune tendance à se cicatriser. Le foie a beaucoup diminué de volume. M. Chevalier pense qu'il y a transport cancereux dans cet organe.

Le deuxième cas de carcinome mélanique fut présenté par M. Marcano, à la société anatomique en décembre 1874. La tumeur avait débuté deux ans aupa-

ravant; et avait pris, à la suite d'un coup sur la région un développement rapide : les ganglions de l'aisselle étaient envahis. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome avec infiltration mélanique, dans l'intérieur des cellules et dans les cloisons des alvéoles.

Nous avons trouvé le troisième cas dans les *médico-chirurgical transactions;* il est dans nos pièces justificatives à l'obs. LXII ; le tissu avait une couleur verdâtre.

La *dégénérescence calcaire* peut aussi se remontrer dans le carcinome du sein chez l'homme ; l'obs. en offre un exemple.

Les espèces de carcinomes, indépendantes de la forme et du volume des cellules, résultent surtout de l'état du stroma ; or, dans presque toutes nos observations, il est dit « que la trame est formée d'un tissu fibreux, criant sous le scalpel, et dans celles que l'examen histologique vient compléter, on note presque toujours l'absence d'éléments jeunes dans le stroma, formé surtout de fibres conjonctives à l'état de parfait développement.

Nous avons vu d'ailleurs que l'immense majorité des tumeurs du sein chez l'homme étaient des carcinomes fibreux, c'est-à-dire des carcinomes dans leur forme relativement bénigne. Ils s'ulcèrent fréquemment, mais nous n'avons pas trouvé un seul exemple d'inflammation.

Les formes vivaces, aiguës si l'on peut s'exprimer ainsi, sont rares ; la généralisation n'est notée que dans un nombre relativement restreint d'observations.

La forme ordinaire de ces tumeurs est le squirrhe atrophique à évolution lente.

ÉTUDE CLINIQUE

DES TUMEURS ORDINAIREMENT DÉSIGNÉES SOUS LE NOM DE CANCERS DU SEIN.

Il nous a été possible en étudiant l'anatomie pathologique des tumeurs du sein chez l'homme, de décrire un certain nombre de variétés, sarcomes, épithéliomes, carcinomes, etc. etc.; et cette étude nous a amené à reconnaître la fréquence extrême de l'une d'entre elles, *le carcinome fibreux*. Nous aurions aimé à opérer dans ce chapitre la même distinction sur le terrain de la clinique; mais, après étude approfondie de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, la tâche nous paraît difficile.

Cela tient à ce que si l'on peut étayer une espèce anatomique sur un nombre relativement restreint d'observations, la description des variétés cliniques afférentes réclame un plus grand nombre de cas.

Nous sommes arrivés cependant à dégager un type clinique qui se reproduit dans plus de la moitié des cas et qui répond bien à l'espèce anatomique la plus fréquemment observée. Après les généralités nécessaires sur la symptomatologie de l'affection, nous essaierons de mettre ce type en évidence, et nous grouperons, autour de lui, d'autres types cliniques moins fréquents et qui, eux aussi, paraissent correspondre à des espèces anatomiques particulières.

Etiologie. — Le cancer du sein chez l'homme est une maladie rare; après de longues recherches, poursuivies avec l'aide de collaborateurs dévoués (1) dans les recueils français et étrangers, c'est à peine si nous sommes parvenus à en réunir une centaine de cas, — nous ne disons par une centaine d'observations car beaucoup d'entre eux sont bien mal observés.

Une chose nous a frappés au cours de nos recherches bibliographiques; c'est l'extrême fréquence des cas publiés dans les recueils anglais, tandis qu'on en rencontre chez nous environ moitié moins, et que les publications allemandes sont à peu près muettes sur ce point. Ainsi, sur les cent cas que nous avons trouvés, soixante environ ont été vus en Angleterre; la France et l'Allemagne se partagent le reste, mais bien inégalement, la dernière n'en prenant que quatre ou cinq.

A quoi faut-il attribuer ces différences énormes. N'était que les allemands en ont encore moins que nous, on pourrait arguer d'un défaut d'observation.

Nous trouvons la même remarque dans la thèse du Dr Hugo-Stumpff (de carcinomate mammæ virilis, Gryphiæ 1869); il dit ceci : *observationes Germanorum mammæ virilis carcinomatis paucissimas habere videmur; plures observationes contra Franco-Gallorum exstant apud scriptores.*

Nous constaterons seulement le fait sans essayer de l'expliquer; notre intention n'étant pas d'ailleurs d'écrire les généralités ordinaires sur le cancer, mais seulement ce que le cancer du sein chez l'homme offre de particulier.

---

(1) Nous prions les amis dévoués qui nous ont aidé dans cette tâche ingrate, d'accueillir avec nos remerciements, l'expression de notre amitié reconnaissante.

L'*hérédité* est accusée seulement dans trois de nos observations, mais comme la plupart d'entre elles sont muettes sur le chapitre des antécédents et portent le cachet d'une extrême négligence dans les recherches étiologiques, nous ne discuterons pas ce chiffre.

Influence du traumatisme. — L'intervention d'une violence extérieure comme cause déterminante d'une production cancéreuse, revient dans huit de nos observations. Et toujours elle apparaît sous la forme de traumatismes faibles et répétés (succions répétées, pression continue d'une bretelle, habitude de se frapper le thorax, habitude d'appuyer un outil sur le sein, etc. etc.). Il paraît logique de faire jouer un certain rôle aux irritations mécaniques dans les conditions de diathèse.

Age. — L'âge des sujets n'est pas signalé dans tous les auteurs ; il n'en est fait mention que dans huit observations qui donnent les résultats suivants :

De 20	à	30 ans		1 cas.
De 30	à	40 —		7 —
De 40	à	50 —		15 —
De 50	à	60 —		16 —
De 60	à	70 —		15 —
De 70	à	80 —		3 —
De 80	à	90 —		1 —
				58 cas.

L'âge du cancer du sein chez l'homme va donc de 40 à 70, c'est-à-dire qu'il se prolonge plus loin que chez la femme si l'on s'en rapporte aux statistiques de Velpeau. — (Les recherches de M. Horteloup donnent des résultats identiques aux nôtres ; elles portent sur 52

cas, dont la plupart ont été relevés dans notre calcul.)

Quel est le sein le plus souvent atteint ? — Sur 37 cas dans lesquels le côté atteint est indiqué, nous trouvons :

23 fois le sein gauche ;

13 fois le sein droit ;

1 fois les deux seins.

Le cancer paraît donc être un peu plus fréquent dans le sein gauche, comme chez la femme.

Symptomatologie

Volume. — Rien de plus variable que les indications fournies sur ce sujet par les auteurs ; qui tantôt le comparent au volume d'une noix, tantôt à celui d'un orange, tantôt enfin à celui d'une tête de fœtus ou des deux poings réunis. La raison en est que ce volume varie avec l'âge de la tumeur et le moment auquel on l'observe. Au début et pendant un temps plus ou moins long la tumeur est d'un volume très petit (noisette, olive, amande, simple épaisissement), puis survient, le plus souvent en quelques semaines, une augmentation rapide et la tumeur acquiert le volume d'un œuf de poule ou d'une tête de fœtus. Indépendamment de ces variations suivant l'âge de la tumeur, il en est d'autres en rapport avec les modifications de structures dont elle est le siège : nons savons que bon nombre de tumeurs du sein se compliquaient de kystes à un moment de leur évolution ; dans ce cas la tumeur acquiert très rapidement un volume énorme, puis le kyste venant à

s'ouvrir, elle diminue jusqu'à ce que l'évolution d'un nouveau kyste amène une nouvelle augmentation. Cependant la plus grosse qu'il nous ait été donné d'observer ne dépassait pas le volume des deux poings réunis.

Mais ce qu'il est important de signaler, c'est que *la tumeur, après être restée un temps plus ou moins long avec un volume très petit, subit brusquement une augmentation considérable. Ce fait est noté dans la plnpart de nos observations.*

Mode de début. — Le début est également variable. Le plus souvent il est insidieux, et la tumeur, toujours et pendant longtemps petite au début, reste ignorée jusqu'au jour où une démangeaison ou un hasard amène la main de ce côté. Cependant il est deux autres modes de début que nous devons signaler.

Dans quelques cas, la douleur est le premier symptôme et c'est en cherchant la raison de *picotements* ou *d'élancements* qui le tourmentent que le malade découvre la tumeur.

Dans d'autres cas, et ils sont assez nombreux, c'est un écoulement de sang ou d'un liquide séro-purulent par le mamelon qui est le premier symptôme *appréciable* de l'affection. Nous avons noté ce mode de début dans huit cas, et il fut le premier symptôme *appréciable* dans le cas d'épithélioma intra-canaliculaire dont nous avons donné l'observation plus haut. Le malade, ayant remarqué plusieurs fois que sa chemise était tachée de sang au niveau du sein droit, découvrit une tumeur fort petite au-dessous du mauchon.

Enfin, dans un cas, le cancer débuta par une petite ulcération du mamelon : il s'agissait d'un épithélioma.

Marche. — C'est généralement après un temps assez long que la tumeur acquiert un volume digne de l'attention du malade, qui commence à s'en occuper et vient consulter. En faisant à ce point de vue le relevé de nos observations, nous trouvons que :

5	malades	sont	venus	consulter avant	1 an.
6	—	—	—	au bout de	2 ans
4	—	—	—	—	3 —
4	—	—	—	—	4 —
2	—	—	—	—	5 —
1	—	—	—	—	6 —
2	—	—	—	—	9 —
1	—	—	—	—	10 —
1	—	—	—	—	15 —

La tumeur, après être restée longtemps stationnaire sous un volume très petit, prend subitement un accroissement rapide et revêt dans la grande majorité des cas l'aspect suivant : d'abord dure, irrégulière, bosselée, *mobile sur les parties profondes, et toujours très difficile à séparer de la peau*, elle ne tarde pas le plus souvent à envahir celle-ci qui s'épaissit, se plisse, ou se ratatine, ou bien devient violacée et se couvre de veinosités.

La *rétraction du mamelon* est un phénomène des plus fréquents ; nous la voyons signalée dans 15 de nos observations ; elle existe non seulement dans les cas de squirrhe, mais encore dans certains cas d'épithélioma de la glande.

A un degré un peu plus avancé, on voit assez fréquemment apparaître autour de la tumeur principale de petits nodules, véritables tubercules cancéreux ; tantôt ils sont aplatis, minces et paraissent formés par une infiltration de la peau ; tantôt ils font une saillie plus ou moins marquée et constituent de véritables tumeurs

qui grossissent, s'ulcèrent et évoluant comme la tumeur principale. Nous verrons bientôt que l'ulcération est loin d'être fatale : lorsque ces nodules deviennent confluents et ne s'ulcèrent pas ils transforment la peau de la région en une espèce de cuir épais formant cuirasse. (Voir à l'anatomie pathologique du squirrhe les observations de Doutrelepont et de Ollier). Nous avons pu réunir sept cas dans lesquels la présence de ces nodules cancéreux isolés avait été notée.

En même temps que ces phénomènes se passent du côté de la peau et des parties sous-cutanées, *la tumeur reste longtemps et quelquefois toujours mobile sur les parties profondes*. Dans huit cas seulement on a noté l'envahissement du grand pectoral et par suite l'immobilité de la tumeur sur les parties profondes.

La douleur existe dans plus de la moitié des cas. Son époque d'apparition et son intensité sont très variables. Assez rarement elle est le premier symptôme de l'affection ; généralement elle survient après un temps plus ou moins long et son arrivée coïncide avec l'accroissement brusque que subissent à un moment donné presque toutes les tumeurs du sein. Spontanée chez la plupart des malades et revenant sous forme d'élancements parfois très douloureux, elle ne survient chez d'autres que lorsque la main ou le vêtement vient se mettre en contact avec le sein malade. — Dans quelques cas elle peut présenter une intensité considérable, et devenir intolérable : dans un cas observé par M. le Dr Tillaux la douleur seule décida le malade à entrer à l'hôpital et à solliciter une opération. Mais à côté de ces cas il en est d'autres dans lesquels la tumeur subit les diverses phases de son évolution sans provoquer le moidre retentissement douloureux.

L'adénite axillaire est ordinaire dans le cancer du

sein ; la plupart de nos observations (35) la mentionnent. Nous manquons de renseignements précis sur le moment de son apparition, cependant nous inclinons à croire qu'elle apparaît assez tardivement. Le plus ordinairement on la constate lorsque le malade vient consulter, mais nous savons qu'il vient assez longtemps après le début de l'affection. Et nous possédons un un certain nombre d'observations dans lesquelles il est nettement spécifié qu'il n'y avait point d'engorgement ganglionnaire lors du premier examen ou de la première opération, et que ces ganglions n'ont apparu que plus tard. (Voir notamment l'observation de Carcinome qui nous a été très obligeamment communiquée par le Dr Thorens ; ce n'est qu'après la deuxième opération que l'adénite apparut).

Sa forme ordinaire est la suivante : on trouve dans l'aisselle, et pas toujours très facilement, un ou deux ganglions, petits et durs. Mais elle peut se présenter sous d'autres formes : tantôt on peut suivre un chapelet glandulaire jusque dans le creux de l'aisselle, et dans deux de nos observations il est dit que l'on constatait trois gros cordons qui, partant de la tumeur, allaient se perdre au milieu des ganglions axillaires augmentés de volume; tantôt les ganglions paraissent être pris en masse et leur accroissement peut devenir assez considérable pour troubler les mouvements du bras; la thèse de M. Horteloup contient deux exemples de ce dernier cas. Enfin, mais beaucoup plus rarement, les ganglions sus-claviculaires et ceux de la base du cou sont également envahis par la dégénérescence; nous en donnons plus loin trois observations. Notons encore que lorsque la tumeur grandissant a dépassé la ligne médiane du sternum, les ganglions axillaires de ce côté se prennent également. (Voyez l'obs. 61).

Ulcération. — Dans plus de la moitié des cas, le cancer du sein chez l'homme arrive à la période d'ulcération, et cela est aussi vrai des carcinomes squirrheux que des cancers épithéliaux.

Excepté dans le cas déjà cité de cancer épithélial ou l'ulcération du mamelon marqua le début de l'affection, l'ulcération survient au plus tôt après six mois et quelquefois beaucoup plus tard, après des années. D'abord très petite, elle augmente plus ou moins rapidement : généralement l'ulcère est excavé, à bord indurés, à fond sale, excrétant une petite quantité de liquide ichoreux et fétide; c'est sous cet aspect qu'on la verra décrite dans bon nombre de nos observations. Mais quelquefois, et nous donnons également quelques-uns de ces cas, des bourgeons charnus naissent rapidement sur la surface de l'ulcère, et donnent naissance à d'énormes champignons, fongus rougeâtres, qui saignent au moindre contact; dans l'observation de Thaon *le mamelon est perdu au milieu de végétations papillaires;* dans celle de Fergusson l'*excroissance fongueuse est grosse comme une châtaigne.*

Nous avons noté plusieurs cas dans lesquels, à côté de l'ulcération principale, il en existait une ou plusieurs autres plus petites, nées des tubercules cancéreux voisins, et affectant les mêmes caractères. Enfin, dans un cas, la dégénéressance des ganglions axillaires amena l'ulcération de la peau de l'aisselle.

Hémorrhagies. — Nous avons déjà parlé des hémorrhagies qui marquent le début de l'affection; il en est d'autres, parfois considérables, qui viennent compliquer l'ulcération. Dans un cas, elles se montrèrent si fréquentes qu'elles décidèrent le chirurgien à pratiquer l'opération. Dans deux des cas de carcinome encéphaloïde

que nous rapportons, elles se présentèrent en assez grande abondance. On les observe surtout dans les carcinomes mous et comme ceux-ci ne sont point fréquents dans le sein de l'homme, on ne s'étonnera pas que nous n'en ayons relevé que huit cas dans nos nombreuses observations.

Etat général. — Pendant que la tumeur évolue, l'état général reste bon dans la plupart des cas. Nous tenons beaucoup à ne pas laisser passer inaperçu ce fait remarquable. Dans nombre de nos observations de cancer il est expressément spécifié que le malade n'a point maigri, qu'il a gardé l'appétit, les couleurs et toutes les apparences de la bonne santé. Ce fait est important et nous aurons l'occasion de le rappeler quand nous tracerons la physionomie spéciale du cancer du sein chez l'homme.

Dans onze autres observations, il est vrai, il est dit que les malades présentaient les symptômes de la cachexie cancéreuse ou que leur état général n'était pas assez bon pour permettre l'opération.

Ces cas répondent à des faits de généralisation cancéreuse. En effet, le carcinome du sein de l'homme peut se généraliser et des tumeurs secondaires apparaissent dans les viscères ou dans les os. Parmi ces derniers l'humérus et la clavicule paraissent être le plus fréquemment atteints (deux observations), après viennent les côtes sous-jacentes à la tumeur (une seule observation), et la colonne vertébrale (une seule observation), et encore est-elle douteuse, car l'autopsie ne fut point faite). Les généralisations viscérales se sont faites une fois dans le foie, une fois dans le poumon, une autre fois dans le poumon et le foie en même temps, une encore dans la plèvre et au pylore. Le malade atteint

de cancer mélanique verdâtre dont nous avons donné l'observation, mourut d'une pleurésie de voisinage, et à l'autopsie on trouva des masses analogues dans le pancréa et les reins. Il va sans dire que tous ces cas se rapportaient aux variétés les plus graves du carcinome.

Durée. — Les matériaux sont en trop petite quantité pour permettre de résoudre cette question. Même dans les rares observations (12) où les malades ont été suivis jusqu'à leur mort, la durée de la maladie ne peut être évaluée avec certitude, car souvent le moment du début est mal indiqué ou mal saisi. Cependant la moyenne de ces cas porte à peu près à *trois ans et demi* la durée de l'affection. Mais si l'on veut se reporter à ce que nous avons dit du long temps que les malades laissent écouler, à partir du début de leur affection, avant de venir consulter, on verra que la moyenne de la durée du cancer du sein chez l'homme doit être portée au delà de trois ans et demi.

Traitement; récidives. — Il n'y a qu'un seul traitement : l'ablation aussi large aussi complète que possible.

Les *récidives* ne sont point rares ; nous en avons noté douze cas. Le plus souvent elles se font *in situ en nodules*, le long ou autour de la cicatrice. D'autres fois, mais plus rarement, dans les ganglions (2 cas). Il peut arriver que la nature de la tumeur change et que l'examen de la tumeur récidivée donne un résultat différent. Dans deux de nos observations des carcinomes fibreux récidivèrent sous la forme encéphaloïde. Nous suivons actuellement un malade atteint de cancer du sein dont l'observation a été rapportée plus haut : il a déjà subi deux opérations ; après la première l'examen histolo-

gique montra que l'on avait affaire à un carcinome épithélial ; quinze mois après, quand on fit la deuxième opération, le carcinome était devenu fibreux et ses éléments cellulaires avaient subi la dégénérescence calcaire. La tumeur a de nouveau récidivé, il faudra l'opérer quelque jour, et l'état général du malade est resté excellent.

Essayons maintenant de dégager de cette étude des symptômes dissociés un *type clinique* qui reproduise la physionomie spéciale du cancer du sein chez l'homme, dans le plus grand nombre des cas, nous dirons :

C'est le plus souvent dans la seconde moitié de la vie, de 45 à 65 ans, que survient le cancer du sein chez l'homme. Il débute ordinairement par une petite induration limitée, sous ou près du mamelon, et reste en cet état pendant un temps parfois très long, sans occasionner de douleurs appréciables, sans intéresser l'état général. Puis brusquement, après six mois ou cinq ans, la tumeur augmente de volume, et acquiert assez rapidement le volume d'une noix ou d'un œuf ; la peau fait corps avec la tumeur et se plisse ; le mamelon se rétracte et s'enfonce ; cette tumeur est dure et bosselée. D'ordinaire, c'est vers ce moment qu'un ou deux ganglions apparaissent dans l'aisselle ; parfois ils sont reliés à la tumeur par un cordon noueux. Assez souvent encore on voit apparaître autour de la tumeur de petites nodules ou tubercules dont les caractères reproduisent ceux de la tumeur principale. Le malade se plaint de douleurs lancinantes. Alors seulement la peau, distendue et adhérente à la tumeur, rougit, se perfore, c'est l'ulcération : cet ulcère est excavé, à bords indurés, son fond est très résistant, il augmente lentement ; il peut être le point de départ d'hémorrhagies.

Tel est le tableau que présente ordinairement

l'affection, et toujours l'état général reste longtemps excellent, toujours la marche est fort lente.

Ce type clinique répond à l'espèce anatomique que nous avons décrite sous le nom de carcinome squirrheux. Mais il est d'autres cas plus rapides, à physionnomie différente, à marche plus rapide ; ils sont beaucoup plus rares comme les formes plus malignes du carcinome dont il sont le reflet symptomatique.

Du cancer du sein chez l'homme et chez la femme. — Pronostic. — La plupart des auteurs qui ont écrit sur les tumeurs du sein chez l'homme ont rapproché, et comparé au point de vue des symptômes et de la gravité, le cancer du sein chez l'homme et chez la femme. Leurs conclusions sont intéressantes à étudier.

Velpeau constate de légères différences dans la nature et les symptômes de l'affection, et après avoir rappelé plusieurs cas de guérison chez l'homme, il incline à croire que *l'extirpation offre quelques chances de plus chez l'homme que chez la femme.* Birkett (diseases of the Breast 1850) pense que le carcinome n'a pas une forme aussi active chez l'homme que chez la femme. — Liston (Lancet 1838, tome II, page 489), ne note point de différences.— M. Horteloup pose la question et constate que l'opinion courante n'est pas très bien fixée ; nous croyons cependant qu'il incline à penser que le cancer du sein est un peu moins grave chez l'homme que chez la femme, car il termine ainsi le chapitre consacré au pronostic : « Nous avons vu que plusieurs espèces de tumeurs malignes peuvent survenir dans les glandes mammaires de l'homme, les formes les moins mauvaises sont peut-être les plus fréquentes.

Nous nous associons à cette conclusion, toutefois en

l'accentuant un peu, et nous disons : toutes les tumeurs malignes ont été observées dans les glandes mammaires de l'homme sous leurs formes les plus rapides et les plus lentes, mais dans plus de la moitié des cas elles s'y montrent sous leurs formes les moins mauvaises.

Sur ce point de savoir si le cancer du sein chez l'homme est aussi grave ou moins grave que chez la femme, nous pensons avec Velpeau qu'il est un peu moins grave, en ce sens que, se manifestant chez l'homme sous des formes moins mauvaises, et évoluant plus lentement, il laisse plus de temps et partant plus de chances à l'intervention chirurgicale.

Nous ne voulons pas aller jusqu'à dire qu'il y a entre le cancer du sein chez l'homme et la même affection chez la femme, *la même différence qu'il y a entre le sein de l'homme el la mamelle de la femme* ; nous craindrions qu'on ne fit pas assez large la part d'exagération nécessaire à toute formule.

OBSERVATIONS

Observation XXII.

Fibro-sarcome (?). — Cancer de la mamelle chez un homme adulte. — Extirpation.

A. C..., âgé de 61 ans, fut admis à l'hôpital le 15 juillet. Il raconte que quinze ans auparavant, pendant qu'il était occupé à charger une charrette de bois, une buche lourde lui tomba sur la poitrine. Bientôt après il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois qui était dure, roulait sous le doigt et n'était nullement douloureuse. Pendant quelques années cette petite tumeur n'augmenta pas de volume; mais, depuis huit ans, elle s'enflammait de temps à autre, à cause de la pression de la bretelle et devenait douloureuse; l'application d'un cataplasme émollient suffisait toujours pour la réduire à son état primitif. Elle commença cependant à grossir peu à peu et très lentement. Actuellement, elle a acquis le volume d'une petite pomme; elle est extrêmement dure, nullement adhérente aux parties adjacentes; la pression n'y cause aucune douleur; il y a une petite ulcération superficielle à sa partie externe. Le malade dit que cette ulcération s'était montrée trois semaines avant son entrée à l'hôpital.

La peau qui recouvre la tumeur n'est pas décolorée; un seul ganglion lymphatique qui existe immédiatement au-dessus d'elle, est légèrement hypertrophié. La santé générale est bonne. Le 20, on procéda à l'extirpation de la tumeur, qui fut examinée immédiatement; elle était formée par une masse blanchâtre et brillante, d'une consistance presque cartilagineuse, qui criait sous le scalpel, et qui envoyait dans le tissu cellulaire circonvoisin des bandelettes striées, blanches, très nombreuses. La plaie se cicatrisa le 18 septembre. (*American Journal of medical sciences*, avril 1840.)

Observation XXIII.

Un cas de squirrhe, par Gillette (*Union médicale,* T. XVII, p. 1036.)

Le second cas consiste en un cancer (squirrhe) du sein gauche que j'ai enlevé par le bistouri vers le mois de janvier dernier, chez un homme de 75 ans, B..., habitant la commune d'Ecouen, et qui lui assignait une origine traumatique. Sa mère avait été opérée pour un cancroïde à la lèvre inférieure il y a vingt et un ans et, depuis lors, il n'y a pas eu de récidive.

La tumeur datait de 18 mois, et avait la forme de la glande mammaire. Elle adhérait intimement à la peau, amincie et violacée au niveau du mamelon. Ce dernier, fortement attiré lui-même vers la tumeur, était déprimé en cul-de-sac.

Par sa face profonde, elle se confondait avec l'aponévrose du grand pectoral, dont il a fallu l'isoler par une dissection minutieuse. Quelques ganglions axillaires étaient légèrement engorgés

La tumeur enlevée était constituée par une charpente fibro-cartilagineuse qui offrait, à la coupe, un aspect luisant à reflet bleuâtre. Le tissu chondroïde prédominait à la face profonde de la tumeur. L'aponévrose du grand pectoral avait la forme d'une lame cartilagineuse pure, épaisse de 6 à 8 millimètres. Les fibres du muscle étaient indemnes de toute lésion.

Le malade est aujourd'hui complètement guéri, et rien dans les caractères physiques de la cicatrice n'annonce une récidive prochaine.

Observation XXIV.

Cancer du sein chez l'homme; — petite tumeur à côté du mamelon gauche. — Augmentation de volume rapide. — Tumeur encéphaloïde occupant la région mammaire gauche. — Ablation au moyen des flèches caustiques, par M. Fontanègres.

Duplech, 49 ans, cultivateur, est entré le 25 mai 1870 à l'Hô-

tel-Dieu de Toulouse (service de M. Ripoll). La tumeur, qui occupe la région antérieure gauche de la poitrine, mesure 31 cent. de circonférence sur 6 cent. de hauteur. Sa base fait intimement corps avec toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, mais elle ne va pas au delà ; car, en prenant la tumeur à pleine main et en cherchant à lui imprimer des mouvements, elle se déplace assez bien avec l'enveloppe cutanée. Elle paraît être très vasculaire. Dans la moitié supérieure de sa hauteur, elle est recouverte d'un épiderme aminci, transparent, laissant apercevoir une grande quantité de petits vaisseaux qui s'irradient dans toutes les directions et lui donnent un aspect bleuâtre. Le 23 mai, la tumeur s'est ulcérée en un point; d'où une hémorrhagie assez abondante. Cette tumeur n'a pas la dureté du squirrhe ; elle est un peu élastique et n'offre nulle part de fluctuation.

Le malade raconte que, depuis longtemps, il avait remarqué à côté du mamelon une grosseur du volume d'une noisette. Comme elle ne se développait pas, il ne s'en inquiétait point; mais il y a six mois, sans cause appréciable, elle commença à croître pour atteindre le volume qu'elle a aujourd'hui. A part cela Duplech jouit d'une bonne santé. Diagnostic : *tumeur encéphaloïde.*

27 *mai.* — Opération. On fait successivement à un centimètre au-dessus de la base de la tumeur, au niveau de la séparation des parties saines et des parties malades, neuf ponctions avec le bistouri, puis on enfonce dans les plaies des flèches caustiques. Pansement avec de la charpie sèche. Deux heures après l'opération, léger picotement ; cinq heures plus tard, sentiment de cuisson au niveau de la tumeur, douleur très supportable ; mêmes phénomènes au bout de 9 heures ; alors on constate que les flèches ramollies par les liquides de la tumeur sont entourées à leur base d'un auréole d'un gris sale, ayant 2^{mm}, de largeur. Le pouls est à 64-68.

28 *mai.* — La douleur s'est un peu exaspérée durant la nuit; néanmoins le malade a dormi pendant quatre heures. Le cercle de mortification s'est agrandi autour des flèches. Pouls à 72.

29 *mai.* — Des îlots noirâtres commencent à se dessiner çà et là. La douleur a été un peu plus intense. La nuit est mauvaise à cause des douleurs.

30 *mai*. — Nulle douleur. L'escharre atteint un centimètre d'épaisseur autour de chaque flèche.

31 *mai*. — Le travail de mortification est tout à fait terminé. Comme il restait trois points où les tissus avaient résisté, on enfonce trois nouvelles flèches. L'élimination se fit peu à peu et le 4 juin, M. Ripoll enleva la tumeur. Sur deux autres points l'emploi des ciseaux fut nécessaire pour l'extirpation intégrale et la section de quelques tractus. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. La plaie qui en résulte a un bon aspect. Un petit îlot de tissu malade, incomplètement sphacélé, nécessita l'application d'une couche de pâte de Canquoin. A partir du 9 juin, la cicatrisation s'effectua régulièrement. Le 18 juin, la plaie n'avait plus que la largeur d'une pièce de 5 francs. Duplech sort malgré les instances faites pour le retenir à l'hôpital.

Observation XXV.

Tumeur kystique du sein droit chez l'homme. — Opération et guérison. — (Gowlland. *Lancet,* 1862, IIe Vol., p. 498).

Un homme de 61 ans vient consulter pour une tumeur de la grosseur d'une orange, située dans le sein droit. La peau était un peu décolorée, mais pas autrement altérée. La tumeur avait été observée pendant 9 ans ; au début elle était grosse comme une noix ; on la vidait de temps en temps et le liquide, d'un jaune-pâle, sortait par la pression à travers la peau. — Elle augmenta ensuite, et prit son volume actuel, devenant en même temps plus ferme et moins fluctuante.

La tumeur fut enlevée, et le mamelon fut compris dans le lambeau elliptique, la tumeur étant située en dehors de lui. La plaie s'est bien guérie et le malade est en bonne santé.

Les kystes sont rares dans le sein de l'homme et M. Velpeau n'en cite que trois cas.

Observation XXVI.

Epitheliome (?) du sein. — Recueillie par M. Terrier à l'hôtel-Dieu, quand il suppléait M. Cusco. in. Th. Chenet.)

Un homme âgé de 57 ans, couché au n° 28 de la salle Saint-Jean, est atteint d'une vaste tumeur en forme de large champignon, d'environ 15 centim. de diamètre au niveau du sein droit. Il y a 18 mois que la tumeur a débuté par une sorte de verrue sur le mamelon. Les ganglions axillaires sont envahis, et la tumeur adhère aux parties profondes ; elle saigne très facilement. Le malade, qui a subi récemment de grandes fatigues, a maigri sensiblement. Les douleurs spontanées ne sont pas très aiguës, mais la pression, le plus léger attouchement du doigt en excitent de très vives. Aucune opération radicale ne saurait être tentée ; des applications de perchlorure de fer et des cautérisations avec le chlorure de zinc ont été employées en vue de modifier la tendance à l'hémorrhagie.

On a noté, comme fait curieux, que cet homme avait pendant dix ans été soumis à un flux hémorrhoïdaire périodique, très abondant toutes les trois semaines. Depuis cinq à six ans ce flux a disparu.

Observation XXVII.

Cancer épithéliomateux. (Emp. à la thèse de M. Lefèvre.)

En 1840, ce malade vit se former tout à coup et sans cause connue, à la région mammaire du côté gauche, une tumeur de la grosseur d'une amande, et qui alla chaque jour en augmentant de volume. Trois ans après, il entrait à l'hôpital, la tumeur ayant alors le volume des deux poings. Le malade fut pris d'une dyspnée croissante et mourut trois mois et demi après son entrée.

Autopsie. — La peau qui recouvrait cette tumeur, incisée crucialement, présenta une épaisseur double au moins de celle

du côté opposé; ce tissu cellulaire sous-jacent participait à l'altération de la glande, se confondait avec la peau qu'il faisait adhérer à la tumeur ; je l'enlevai pourtant en empiétant sur le tissu cellulaire malade, et la tumeur m'apparut alors du volume de deux poings ; je la saisis à pleines mains pour lui faire exécuter des mouvements, mais elle resta dans une immobilité complète ; j'en coupai la plus grande partie et je reconnus l'homogénéité du tissu qui la composait, tissu qui offrait tous les caractères du squirrhe ; d'une consistance presque cartilagineuse et sans aucun point de vomissement soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. En cherchant à enlever le reste de la glande, je m'aperçus qu'elle était adhérente au muscle grand pectoral. Ce muscle, incisé près de l'humérus et détaché ensuite de dehors en dedans, avait contracté avec les côtes une adhérence interne et participait, dans toute la partie sous-jacente, à la glande mammaire, à la même dégénérescence squirrheuse que ce dernier organe ; dans quelques endroits, il présentait quelques points ramollis et qui commençaient à devenir diffluents. Le muscle petit pectoral, vers son bord inférieur, était aussi malade, et le tissu squirrheux se continuait vers un chapelet glandulaire s'étendant sous lui et dans le creux de l'aisselle. Presque tous ces ganglions étaient de nature évidemment squirrheuse ; l'un d'eux se prolongeait entre le troisième et le quatrième espace intercostal et semblait s'enfoncer dans le thorax. Comme la tumeur avait dépassé la ligne médiane et s'étendait jusqu'à un demi-centimètre environ du bord droit du sternum, une dizaine de ganglions axillaires du côté droit avaient également éprouvé la dégénérescence cancéreuse.

La poitrine étant ouverte, j'y découvris les désordres suivants : entre le troisième et le quatrième espace intercostal, existait, de l'extérieur à l'intérieur, une communication de la masse squirrheuse au moyen du ganglion dont j'ai parlé tout à l'heure.

Les muscles intercostaux internes et la plèvre participaient à la dégénérescence, et cette dernière membrane, incisée sur les cotés avait 5 ou 6 lignes d'épaisseur. Dans toute la moitié antérieure des deux poumons, il était impossible de reconnaître la structure normale de ces organes ; partout un tissu homogène dur, lardacé, criant sous le scapel. Le péricarde que j'ouvris me parut au moins quadruple de volume : il était de tous les

côtés adhérent aux poumons avec lesquels il se confondait ; ses lésions squirrheuses dans toute leur étendue, offraient environ 6 à 8 lignes d'épaisseur. Tout le tissu cellulaire qui environne l'aorte, l'artère et les veines pulmonaires, les veines caves, l'œsophage, les bronches et la trachée, présentait la dégénérescence squirrheuse et enlaçait fortement tous ces viscères les uns aux autres, de manière à les confondre en une masse lardacée de laquelle il était impossible de les séparer.

Observation XXVIII.

Squirrhe du sein chez l'homme. (Milton *Lancet*, 1857, Vol I, p. 479,)

Homme de 58 ans, bien portant quoique alcoolique. Pas de squirrhe dans sa famille. Cet homme est polisseur de métaux et a le sein constamment appuyé et froissé. La tumeur a débuté il y a quelques mois par un nodule dur, au-dessous du mamelon gauche. La tumeur grossit graduellement et s'ulcère vers le septième mois. Elle a duré dix mois avant que le malade ne vienne consulter le Dr Milton qui constate une ulcération assez grande dont le fond est recouvert d'une sécrétion verdâtre, épaisse et adhérente avec des points noirs. Bords épais et livides mais non renversés. La peau et le tissu cellulaire environnants sont épaissis et durs. Les veines de la région sont très dilatées. Une ulcération plus petite se voit un peu plus bas, et plusieurs tubercules sont autour. Il s'écoule une petite quantité d'un liquide sauieux, sans grande odeur. L'ulcération saignait peu et était peu douloureuse. La surface en était calleuse. Un des ganglions était un peu volumineux. La glande mammaire droite était indurée. Les ganglions de l'aine sont un peu plus gros qu'à l'état normal. Le malade se cachectisait depuis peu, respirait mal ; il y avait de la submatité du poumon gauche. Le pouls était petit; rien d'anormal dans l'abdomen. L'urine était brune, fétide et chargée d'urates. On ne peut opérer le malade et la gêne de la respiration augmenta rapidement; il ne pouvait rester au lit. L'autopsie ne fut pas faite; mais la tumeur fut excisée, elle adhérait au grand pectoral.

Observation XXIX.

Tumeur tubéro-kystique du sein chez l'homme. Ablation et guérison. —Pescott Hewett, *Lancet*, 1863, Vol. II, p. 480.)

Des diverses affections qui peuvent rencontrer au sein chez l'homme, le squirrhe, quoique rare, est cependant encore le plus fréquent. Or voici un cas différent, et par conséquent digne d'attention.

Un homme de 55 ans était entré il y a trois mois à l'hôpital pour une tumeur du sein gauche, mais un œdème considérable entourait la tumeur, et il fut envoyé au bord de la mer afin de reprendre des forces car sa santé était très ébranlée. L'amélioration de l'état général fut sensible à son retour et on reconnut à l'examen un hyste volumineux, de la grosseur d'une orange, un peu aplati, qui avait débuté deux ans auparavant. Sa tumeur fut enlevée facilement et l'opération fut accompagnée d'une hémorrhagie peu abondante.

Le kyste qui avait été extirpé était volumineux ; de sa face interne, plusieurs bourgeons faisaient saillie dans la cavité du kyste. Pour M. Hewett c'est un cas de tumeur tubéro-kystique que l'on observe quelquefois chez la femme.

Il a enlevé la tumeur tout entière en attaquant le muscle pectoral auquel elle adhérait, il pense que les cas de récidives sont dus à une portion de la tumeur qui n'est pas enlevée.

La plaie est actuellement en bonne voie de guérison.

Observation XXX.

Cancer de la région mammaire chez l'homme. — Excision. — Guérison. — (Skey, *Lancet*, 1862, Vol. II, p. 115.)

Un homme de 44 ans fut admis à Saint-Bartholomew pour une large ulcération de mauvaise apparence, siégeant sur le sein droit. Elle avait apparu depuis douze mois et augmentait progressivement depuis. Dignostic : squirrhe de la région

mammaire. A l'œil et au toucher, c'est bien un squirrhe, et tout autour on rencontre un certain nombre de tuméfactions dures qui ont débtué en même temps que l'ulcération.

Toutes les parties malades furent soigneusement enlevées, mais on ne toucha pas à deux ganglions durs et tuméfiés de l'aisselle du même côté. M. Skey pense que, quoiqu'ils aient l'aspect de ganglions cancéreux, il n'est pas assez sûr de leur nature pour les enlever et espère que l'irritation primitive manquant ils diminueront.

Observation XXXI.

Cancer du sein chez l'homme. — Propagation à l'aisselle.
(Coote. *Lancet*, 1847. Vol. I, p. 111).

Un homme de 43 ans, mince et grand, mais d'aspect vigoureux, a, depuis cinq ans, rendu du pus par le mamelon droit, Depuis un an, seulement, il a remarqué une petite tumeur sous-cutanée, mobile, de la grosseur d'un pois, située un peu en dehors du mamelon. Celui-ci a peu à peu disparu, à mesure que la tumeur a augmenté. Il y a six mois, il y appliqua de l'eau-forte; la tumeur diminua aussitôt pour reprendre bientôt ses premières proportions et augmenter rapidement.

A son entrée, il porte au sein droit une tumeur dure, de la grosseur d'une noix et recouverte d'une peau livide, adhérente à la tumeur. Au-dessus, il y a deux tumeurs plus petites, de la grosseur d'un pois, qui se relient à la première par des cordons durs. De la tumeur partent trois cordons durs, qui traversent la poitrine et gagnent l'aisselle où il se continuent par des ganglions indurés très augmentés. Il n'a jamais beaucoup souffert, mais de temps en temps, en se frottant avec une serviette un peu dure, dans ses ablutions, il ressentait des douleurs analogues à des piqûres d'aiguilles. Sa santé générale est bonne. Après examen approfondi, on ne voulut pas l'opérer.

Observation XXXII.

Squirrhe disséminé et pustuleux. — Hôpital de la Pitié, service de M. Lannelongue, suppléant de M. Labbé,

X..., âgé de 36 ans, employé, entre le 4 juillet 1872 dans la salle Saint-Gabriel. Cet homme, d'une constitution très forte, d'un tempérament sanguin assez marqué, a toujours joui de la santé la plus parfaite. Au point de vue héréditaire, sa mère, âgée de 74 ans, est d'une brillante santé; son père, mort à 64 ans, portait une ulcération dans l'aisselle qui contribua, dit-il, à amener sa mort.

Il y a dix-huit mois, il s'est aperçu que tout autour du mamelon gauche la peau était indurée; le mamelon lui-même était tuméfié et rouge, il était entouré d'une plaque dure, adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, d'une épaisseur assez considérable, d'une étendue comparable à celle d'une pièce de cinq francs; elle n'était le siège ni de douleurs spontanées, ni de douleurs provoquées. A cette époque, il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire. Vers la fin de mars 1871, l'ulcération a commencé; elle a débuté par le sommet du mamelon lui-même; au bout de quelques semaines, le mamelon était complètement ulcéré, et trois à quatre mois après, l'ulcération avait l'étendue d'une pièce de cinq francs: elle avait les bords réguliers, taillés à pic, et suppurait assez abondamment. Aussitôt que le mamelon fut ulcéré, les douleurs commencèrent; spontanées, très vives, rémittentes, elles étaient comparables tantôt à une brûlure, à une piqûre, tantôt à une morsure. A cette époque, l'état général était assez bon; bon appétit, pas d'amaigrissement.

Au mois de juin 1871, le malade remarqua autour de l'ulcération, l'existence de petites tumeurs, grosses comme de petites lentilles, dures, peu saillantes, adhérentes à la peau et mobiles sur les parties profondes. Parmi ces tumeurs, les unes se trouvaient dans les environs de l'ulcération, les autres, au nombre de deux, en avant du sternum.

La plaie fut cautérisée successivement, avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide chromique.

A partir de juin 1871, la plaie devint irrégulière ; elle augmenta d'étendue de deux manières : 1° par l'ulcération des tumeurs qui l'avoisinaient ; 2° par l'ulcération des bords eux-mêmes. Aussi eut-elle dès ce moment des bords réguliers en certains points, irréguliers en d'autres. A mesure qu'elle s'étendait en surface, la plaie augmentait aussi en profondeur ; en son milieu, elle atteignait presque les côtes que l'on sentait sous le doigt.

En janvier 1872, les douleurs sont devenues très intenses ; en mars, des cautérisations répétées ne font qu'accroître l'étendue de l'ulcération.

Le 4 juillet, le malade entre à l'hôpital ; l'état général est excellent, il n'y a aucune trace de cachexie ; le teint est rouge ; il n'y a pas d'amaigrissement ; les forces sont conservées. L'appétit est bon, les digestions faciles.

L'ulcération a acquis les dimensions suivantes : elle a la forme d'un ovale à grand diamètre transversal ; le grand diamètre a 16 centim. environ, le petit 10 à 11 centim. La profondeur varie suivant les différents points ; au centre elle atteint presque les parties osseuses ; elle est d'ailleurs irrégulière, inégale et anfractueuse.

Elle présente sur toute sa surface des bourgeons plus ou moins volumineux et d'aspect variable ; la suppuration est abondante. Les bords sont taillés à pic et bordés d'un liseré rouge.

Dans le voisinage de l'ulcération, á peu de distance des bords, on rencontre de petites tumeurs de la grosseur d'un petit pois ; elles sont adhérentes à la peau qui tantôt a conservé la coloration normale, tantôt est un peu violacée et commence à s'ulcérer : ces petites tumeurs sont mobiles sur les parties profondes et complètement indolentes.

D'autres tumeurs sont encore plus avancées dans leur évolution ; elles sont au nombre de 3 et siègent, l'une vers l'aisselle, au niveau du bord inférieur du grand pectoral ; les deux autres, vers le bord supérieur de l'ulcération, avec laquelle elles tendent à se confondre ; ces tumeurs sont ulcérées, elles sont parfaitement arrondies et d'une étendue comparable à celle d'une pièce de un franc, elles ont une base indurée, s'étendant assez profondément ; l'ulcération est profonde, en godet ; le fond est rempli d'une sanie purulente, assez épaisse ; le reste de la surface est rosé et laisse suinter un liquide clair et limpide, les

bords sont un peu relevés, parfaitement réguliers, indurés et d'une teinte rosée.

Dans l'aisselle, on ne sent pas les ganglions, mais il y a un empâtement considérable, uniforme. Les mouvements du membre supérieur gauche sont difficiles; il y a un peu d'engourdissement, mais pas d'œdème.

La peau, sous le bord inférieur de l'ulcération, ne présente aucune tumeur, elle est seulement tuméfiée à une assez grande distance de la plaie et d'une teinte un peu violacée, mais elle n'est nullement indurée. Cet état de mollesse normale existe très nettement entre l'ulcération et les tubercules signalés à la circonférence.

Observation XXXIII

Carcinome du sein

Charles G., marchand, de Letz, âgé de 62 ans, est reçu le 19 juillet à l'hôpital de Griphiæ. Il déclare avoir eu un père robuste et bien portant et une mère faible et de mauvaise santé, morte prématurément; les parents et les aïeux de ces derniers n'ont été atteints d'aucune maladie analogue à celle dont il souffre. Allaité par une nourrice malade, il dit avoir joui d'une mauvaise santé dans les premières années de son enfance, mais ensuite jusqu'à l'adolescence avoir été vigoureux et bien portant: à cette époque il fut atteint d'épilepsie; pendant plusieurs années les attaques furent nombreuses, puis, plus rares, au point qu'il lui semblait jouir d'une bonne santé, quoiqu'il eût assez souvent à souffrir d'hémorrhoïdes.

Il y a deux ans, le malade remarqua sur le côté droit de sa poitrine, en dessous et un peu en dedans du mamelon, un petit noyau, dur, de la grosseur d'un pois et dont on ne connaissait pas la cause. Lorsque plus tard il eut acquis la grosseur d'une noix, un médecin tenta de le faire disparaître au moyen d'onguent mercuriel, auquel fut bientôt substitué de l'onguent simple. Jusqu'ici le malade n'avait pas encore éprouvé de bien grandes douleurs, mais au printemps de cette année, elle se

déclarèrent subitement et avec beaucoup de violence; et en peu de temps disparurent avec les accès d'épilepsie.

Le malade accuse des douleurs vives et lancinantes. Ces douleurs, alors que la tumeur s'accroissait lentement, se montrèrent à de longs intervalles.

Puis, à partir du milieu du mois de mai, la tumeur grandit plus rapidement, et, de la grosseur d'un œuf de poule, elle acquit le volume qu'elle a maintenant, avec deux accès de douleurs seulement. A partir de ce moment, le malade se plaint de manque d'appétit et d'un mauvais état général de sa santé. La tumeur prit alors une teinte rouge bleuâtre. Le malade se souvient, qu'ensuite, au commencement de Juillet, il remarqua qu'un jour le mamelon laissait écouler un liquide sanguinolent.

Etat actuel. — Quoique de constitution robuste, le malade présente cependant une certaine pâleur. Une tumeur de la grosseur du poing occupe le sein droit. A son sommet on remarque une petite ulcération de forme ovale, à fond plat et à bords distincts, couverte d'un liquide épais et jaunâtre, exempt de mauvaise odeur. La peau qui entoure cette ulcération est rouge; à peine peut-on distinguer l'aréole; on aperçoit plusieurs rides semblables à des cicatrices. Le reste de la peau qui recouvre la tumeur et qui semble avoir avec celle-ci une forte adhérence possède une couleur rouge-bleue et un certain éclat. On peut voir, par transparence, dans la peau qui avoisine la tumeur et surtout en desssous de celle-ci, des petits vaisseaux fortement congestionnés. En la palpant, on reconnaît que la tumeur est lourde, dure, saillante et bosselée. Lorsque les bras sont pendants, la tumeur semble mobile; mais lorsque le bras droit est relevé et qu'on ordonne au malade de le porter dans l'abduction, tout en s'opposant aux efforts qu'il fait pour obéir, le muscle grand pectoral se contracte fortement, la tumeur devient adhérente et n'est plus mobile : d'où il résulte qu'elle a des adhérences avec le grand pectoral. Son plus grand diamètre est celui qui a la direction des fibres musculaires, il est de 3 pouces 4 lignes. Le diamètre horizontal a 3 pouces deux lignes et le vertical 2 pouces 10 lignes.

En examinant l'aisselle, on découvre une autre tumeur, due à l'accroissement de volume des ganglions; elle est dure, de la grosseur d'un petit œuf de poule; une pression légère exer-

cée sur elle détermine une plus grande douleur chez le malade que sur l'autre tumeur.

D'après la marche qu'a suivie l'accroissement de cette tumeur, d'après sa nature et celle de la peau qui la recouvre, d'après son retentissement sur l'état général, d'après les indications du malade lui-même et celles qu'a fournies l'examen, on peut certainement diagnostiquer un cancer et même un squirrhe.

Les ganglions axillaires étant déjà infectés et l'état du malade étant peu satisfaisant, le pronostic était contraire ou tout au moins douteux ; cependant, à la demande du patient, l'extirpation du cancer par l'éminent Bardelebeu fut décidée pour le 20 juillet.

Le malade, placé sur un lit, fut endormi au moyen du chloroforme. En premier lieu, le bras droit étant relevé, on fit, dans la direction des fibres inférieures du grand pectoral, une incision elliptique qui comprenait entre sa partie inférieure et sa partie supérieure la tumeur tout entière. Puis, les artères coupées furent saisies avec des pinces à torsion et la tumeur fut enlevée avec la peau qui y adhérait et avec les fibres du grand pectoral qui faisaient corps avec la base ; ensuite on fit selon les règles la ligature des artères. Puis on passa aussitôt à l'extirpation de la tumeur du creux axillaire. A cet effet, la partie supérieure de l'incision elliptique fut prolongée de 1 pouce 1/2, de sorte que la longueur totale de cette incision était de 8 à 9 pouces. Cela fait, on arriva à l'aponévrose (*périmisium)* du muscle, derrière lequel on peut voir la tumeur. Tant à cause du voisinage des gros vaisseaux de l'aisselle, que de celui de la veine axillaire, la masse ganglionnaire ne fut extraite ni violemment ni rapidement avec le bistouri, comme le font beaucoup de chirurgiens en employant une méthode plus élégante et plus audacieuse ; mais la tumeur, saisie d'une main, fut attirée sans violence, tandis qu'en même temps l'autre main aidait par ce que l'on pourrait appeler un écrasement avec les doigts ; le couteau ne fut presque pas employé. Lorsque la tumeur eut été ainsi dégagée de façon qu'elle ne tenait plus au reste du corps que par les vaisseaux qui pénétraient dans son intérieur, on posa une ligature destinée à tout fermer et la base fut détachée à l'aide du bistouri. Par ce moyen, on évitait la lésion trop profonde et dangereuse de la veine axillaire et on avait cet avantage, que

les branches se détachant de l'artère axillaire pour entrer dans la tumeur, pouvaient être liées aussi loin que possible de l'artère elle-même. On comprend bien facilement qu'à l'aide de cette excellente méthode on puisse obtenir rapidement et sûrement l'hémostase. Enfin, après inspection rapide de la plaie, on fit la ligature de toutes les artères qui pouvaient laisser échapper du sang, et on passa à la suture des lèvres de la plaie. Cette suture fut faite seulement sur une certaine étendue, car il était évident, alors que les lèvres de la partie moyenne de la plaie étaient très distantes l'une de l'autre (3 pouces), qu'on ne pouvait espérer la guérison par première intention. Enfin la plaie fut bandée selon les règles de l'art avec des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. C'est à peine si le malade avait perdu un peu de sang dans cette opération.

Je ne puis à cette occasion passer sous silence le gracieux concours que me prêta M. Grohé dans l'étude de cette tumeur au point de vue anatomique. Aussi j'en rends grâces à cet homme éminent. Voici les résultats fournis par l'examen :

Le diamètre horizontal de la base de la tumeur est de 3 pouces, le diamètre vertical de 2 et demi, la plus grande épaisseur mesure 1 pouce 7 lignes. La peau qui la recouvre n'est pas bleuâtre, mais pâle, elle est en grande partie adhérente. Le mamelon est envahi par une petite ulcération superficielle, ovale et lisse, tandis que les parties voisines, comme il a été dit plus haut, présentent des dépressions cicatricielles, et que l'aréole peut à peine se distinguer. Au toucher, la tumeur est résistante et forme une saillie bosselée. Sa base fait corps avec les fibres du grand pectoral. Sur une coupe transversale récente, la tumeur possède une section de surface d'un blanc rouge, dans laquelle on peut distinguer des tractus fibreux blanchâtres partant du centre en rayonnant. Dans de petites aréoles du tissu fibreux on voit renfermée une masse blanchâtre. En pressant légèrement avec le scalpel ou en promenant la sonde sur la surface de section, on retire de ces petites aréoles un liquide blanc et semi-translucide. Le centre de la surface de section semble présenter une légère dépression et une texture plus dense. Au-dessus de cet endroit jusqu'au mamelon se trouve une partie molle, de la grosseur d'une aveline et d'une coloration plus jaune. Le tissu fibreux en cet endroit paraît marqué de taches plus étendues, et dans des aréoles un peu plus grandes se trouve une masse plus jaune que le scalpel peut enlever.

La partie jaune et molle surmonte un peu la base de la petite ulcération par une excroissance mamelonnée, en formant son propre fonds.

Le suc blanc transparent, examiné au microscope, contient des cellules de formes et de tailles diverses, et à différents degrés d'évolution; les unes sont petites, ovales ou rondes; les autres grandes et irrégulières; quelquefois elles renferment un seul noyau avec nucléole, quelquefois deux, trois, ou même un plus grand nombre de noyaux qui ont eux-mêmes un ou deux nucléoles. A côté de ces cellules parfaites nous avons rencontré des noyaux isolés en grand nombre.

Les masses jaunâtres étaient formées d'une boue caséeuse contenant des cellules atrophiées, des débris de cellules, des gouttelettes graisseuses.

Nous avons plus tard examiné la tumeur après durcissement dans l'alcool, et traitant les coupes au pinceau, nous avons pu mettre en évidence un réticulum fibreux très dense, dont les alvéoles contenaient les cellules que nous avons décrites.

L'examen du ganglion axillaire a donné les résultats suivants: il était de la grosseur d'un petit œuf de poule et sa section reproduisait l'aspect de la tumeur mammaire. Au microscope même toile fibreuse aréolaire, et mêmes cellules remplissant les aréoles. Cependant les cellules fusiformes étaient moins nombreuses que dans la trame de la tumeur mammaire.

Le malade mourut le 30e jour après l'opération. L'autopsie ne montra rien d'intéressant.

(Traduit de la thèse du Dr Hugo Stumpff Gryphiæ, 1872.)

OBSERVATION XXXIV.

Cancer du sein.

Homme de 58 ans, bien portant, alcoolique, père de neuf enfants dont huit vivent encore. Pas d'antécédents cancéreux. Il attribuait sa maladie à la pression qu'il supporte toujours dans son métier sur le mamelon gauche, il est brass-finisher. La maladie a commencé il y a deux ans, par un petit noyau dur, au-dessus du téton gauche. Quelque temps après, elle augmenta,

et il alla trouver une rebouteuse qui lui donna un traitement externe et interne.

La grosseur augmenta lentement jusqu'au volume d'une châtaigne, et au dix-septième mois, elle s'ulcéra. Quand nous vîmes le malade, il y a trois mois, il y avait une cavité creusée en forme de coupe dont la surface était recouverte d'une sécrétion épaisse, grisâtre et teintée de noir. Les bords étaient épais et livides, mais non renversés. La peau et le tissu cellulaire environnant étaient épaissis, avec de fortes veines sous-cutanées. Au-dessous de la perte de substance, il y avait une petite ulcération avec une peau criblée de petits tubercules. L'ulcère n'était pas douloureux et il y avait un écoulement modéré. La surface était calleuse. Un ganglion axillaire était augmenté. La glande mammaire du côté droit était indurée. Les ganglions du cou étaient indurés des deux côtés.

Le malade s'était affaibli dans les derniers temps. Il respirait difficilement. Le côté gauche était mat à la percussion. On ne voulut pas opérer.

La dyspnée augmenta rapidement, la mastication devint douloureuse. Le bras gauche enfla.

Le malade mourut le 3 mars 1856, cinq semaines après notre visite (Lancet, 1857.)

Observation XXXV.

Squirrhe cancéreux du sein chez l'homme. — (Service de M. Cristopher Heath; university college hospital.)

W. F., âgé de 47 ans, mais paraissant plus âgé, fut admis le 8 novembre 1877, avec une tumeur du sein gauche. Il avait, disait-il, l'habitude de se frapper le thorax par amusement et c'était à cela qu'il attribuait sa maladie. Celle-ci avait commencé quatre ans auparavant par de la douleur, bientôt suivie d'une grosseur qui s'était régulièrement accrue pendant les dix-huit derniers mois. Le malade entra alors dans un hôpital spécial où un caustique lui fut appliqué. Ce caustique aggrava la situation et depuis cette époque la tumeur marcha à grands pas; la blessure causée par le caustique ne s'étant jamais réel-

lement guérie. Les parents du malade étaient tous bien portants et l'on ne connaissait pas dans la famille de cas de cancers.

A l'entrée du malade, on prit les notes suivantes. Le malade est robuste, paraît plein de santé et ne se plaint que de la douleur locale. A l'exception d'un œdème modéré des poumons, les viscères sont sains. Le sein gauche présente une grosse tumeur, du volume des deux poings et mesurant 6 pouces de haut en bas et 4 pouces transversalement. La surface ulcérée est inégale et couverte d'une croûte adhérente; la peau adhère à la tumeur qui est mobile sur le muscle pectoral sous-jacent. La tumeur est lobulée à contours assez nets. Les veines superficielles sont légèrement dilatées à la partie supérieure. Les glandes axillaires, plus grosses qu'à l'état normal, peuvent être senties distinctement; le groupe supra-claviculaire n'est pas atteint. La tumeur mammaire paraît être solide dans toutes ses parties. Le malade se plaint d'élancements dans le sein; ce dernier paraît être absorbé par la maladie.

Le 14 novembre, M. Heath enleva toute la tumeur par une double incision en ellipse; elle adhérait au grand pectoral dont quelques fibres furent coupées; on enleva deux gros ganglions axillaires. Tout alla bien jusqu'au 6 décembre, ce jour là le malade eut un frisson qui dura un quart d'heure et il survint un érysipèle qui guérit rapidement. Peu de jour après le malade quitta l'hôpital sur sa demande. Quand on le revit, un mois plus tard, la plaie était presque complètement cicatrisée, mais il y avait dans l'aisselle des ganglions fort gros.

A l'examen microscopique, la tumeur et les ganglions axillaires présentèrent les caractères habituels des squirrhes.

Observation XXXVI.

Cancer du sein chez l'homme. (Borlase Childs, *Lancet*, 1864, vol. II, p. 266.)

Un homme de 60 ans, maigre et d'aspect délicat, entre à l'hôpital ; il déclare n'avoir jamais été malade, et affirme qu'il n'y a jamais eu de cancéreux dans sa famille. Il n'a remarqué

la tumeur que depuis quatre mois ; depuis lors, elle a graduellement grossi sans provoquer de douleurs. Il l'attribue à l'habitude qu'il a de s'appuyer sur sa poitrine dans l'exercice de son métier. La tumeur siège au sein droit et occupe le mamelon ; elle a la grosseur d'une noix et est un peu bosselée. Le système lymphatique n'a pas l'air envahi, et l'état général du malade est bon. Le malade fut opéré et guérit rapidement. La tumeur crie sous le scalpel lorsqu'elle est coupée. Examen microscopique : sur un fond de tissu fibro-cellulaire, on retrouve les cellules irrégulières et granuleuses, pourvues d'un noyau, que l'on regarde comme pathognomoniques du cancer.

Observation XXXVII.

Tubercule squirrheux dans le sein d'un homme.

Le Dr Lyford rapporte qu'il a observé dans son service un paysan de 23 ans, porteur d'un tubercule squirrheux situé sous le mamelon droit. Ce tubercule avait débuté trois ans avant et était resté longtemps indolent. — Depuis un an, la douleur s'est accrue et indurée, — des douleurs lancinantes très aiguës sont survenues. Un peu de liquide s'écoule par le mamelon. La tumeur est mobile, excepté en avant, oú elle est très adhérente au mamelon ; elle est irrégulière et dure, du volume d'une noix. Pas de ganglions axillaires engorgés. Opération ; guérison de la plaie en une semaine. A l'examen, la tumeur a été reconnue pour du squirrhe ; elle était formée d'une substance d'aspect cartilagineux avec des tractus fibreux. Peu de vaisseaux.

Observation XXXVIII.

Carcinome du sein, par le Dr Arnott.

Homme âgé de 84 ans, cordonnier ; vieillard vigoureux ; présente dans le sein gauche une tumeur de la grosseur d'une orange, aplatie, ulcérée, dure, mobile, et laissant écouler un

pus sanieux, fétide ; — elle est le siège de douleurs lancinantes. Ganglions axillaires. La tumeur a paru il y a dix-huit mois, et s'est ulcérée depuis un an. Opéré sur sa demande, il guérit, malgré l'âge avancé. — A l'examen histologique : carcinome.

Observation XXXIX.

Carcinome du sein chez l'homme

M. Travers donne l'observation d'un homme de 58 ans, de bonne santé, charretier.

Tumeur aplatie de 7 centimètres occupant le sein gauche, autour du mamelon, dure, bosselée, circonscrite, mobile sur les parties sous-jacentes. La peau est adhérente au centre, peu douloureuse à la pression. Ganglions indurés au-dessus de la clavicule ; quelques-uns au-dessous, et près du sternum ; dans l'aisselle une tumeur dure. Les lymphatiques forment un cordon dur.

La tumeur dure depuis 4 ans, et s'est depuis lors constamment accrue, progressivement, sans douleur.

Toux sèche, constante, qui a beaucoup augmenté depuis peu. Dypnée, suffocation quand il est couché. Applications topiques. Le mal était trop avancé pour l'opération.

L'affection de poitrine dépend probablement du cancer.

Examen microscopique : carcinome. Thorax : adhérences entre les plèvres costale et viscérale. Emphysème pulmonaire. Tubercules dans toute l'étendue des poumons.

Péricardite avec épanchement. (*Lancet*, 1826-27, vol. I, p. 267.)

Observation XL.

Cancer du sein chez un homme. — Ablation. — Récidive. — Mort. — Dégénérescence et ramollissement des os. — Squirrhe du foie. (Mercier et Stansky, Société anatomique.)

Rollesme, ancien instituteur célibataire, admis à Bicêtre, le

23 octobre 1832, était âgé de 52 ans lorsqu'il entra à l'infirmerie pour une tumeur cancéreuse du sein droit (août 1834.)

Cet homme d'un tempérament nerveux, né de parents dont aucun n'a été affecté de maladie cancéreuse, est depuis son enfance sujet à de fortes migraines, qui plus tard allèrent en augmentant. A 10 ans il eut assez souvent des épistaxis abondantes qui cessèrent à un âgé déjà avancé pour ne plus revenir.

Il y a 6 ans, se promenant par un temps très chaud, il remarqua un peu de sang à ses doigts ; ayant recherché d'où ce sang pouvait provenir, il en vit aussi à sa chemise et reconnut que ce sang suintait de son mamelon droit, il n'y éprouvait cependant ni douleur ni cuisson, et un an complet se passa sans que rien ne reveillât son attentton de ce côté. Au bout de ce temps, dans le même mois, par une température élevée, une nouvelle hémorrhagie eut lieu par le même mamelon ; dans les deux cas il ne s'écoula que quelques gouttes de sang, mais après ce second accident, il resta dans le mamelon une douleur, peu vive il est vrai ; ce n'est qu'un an après que le malade sentit dans cet endroit une induration qui, pendant deux ans, ne fit que très peu de progrès.

Cependant des chagrins très multipliés, une nourriture insuffisante, une maladie de poitrine, le réduisirent à un tel état de faiblesse qu'il ne pouvait se lever. Il entra dans cet état à Bicêtre.

Son état général s'améliora, mais depuis deux ans la tumeur se mit à augmenter et les douleurs devinrent plus vives, lancinantes, en même temps les migraines diminuèrent.

Au mois de juin 1837, une douleur dans l'aisselle du côté malade lui fit porter la main, et il y reconnut trois petites glandes indurées, un peu douloureuses ; enfin, l'augmentation du sein et les douleurs violentes qu'il y éprouvait le décidèrent à recourir à la chirurgie.

La tumeur du sein avait alors trois pouces de largeur et un pouce et demi de hauteur ; elle était mobile sur les parties sous-jacentes, mais elle adhérait à la peau qui, à l'extérieur n'offrait de remarquable que la sallie de la glande et un peu de rougeur. La tumeur était le siège de douleurs atroces. Au milieu de l'aisselle, au niveau de l'endroit où le grand pectoral se détache de la poitrine, se trouvait un groupe formé de trois ganglions durs et assez douloureux à la pression. Plus haut

s'en trouvaient trois autres : l'un couvert par le grand, pectoral un autre situé tout près des vaisseaux axillaires. Tous étaient très mobiles.

Le 30 août on procéda à l'extirpation de ces diverses tumeurs. Celle du sein était formée d'une substance grisâtre ou plutôt d'un blanc très mat, dure dans toutes ses parties. Dans quelques endroits se trouvaient de petites masses, grosses comme un pois, de matière jaune friable. Vers la partie externe existaient des stries très nombreuses de substance noire. La peau était adhérente. Parmi les ganglions, les uns étaient formés de matière squirrheuse blanchâtre, d'autres remplis de matière jaune semblable à celle du sein.

L'opération n'offrit rien de particulier. Le 2 octobre, la cicatrice du sein était complète, celle de l'aisselle ne le fut que le 15, et le 2 novembre le malade sortit de l'infirmerie sans éprouver le moindre mal aux endroits qui avaient été le siège du mal.

Mais dans le courant de décembre il revint avec une récidive. Trois ou quatre petites tumeurs du volume d'une lentille et mobiles sous la peau. La peau s'ulcéra, des hémorrhagies survinrent, les douleurs étaient insupportables.

Un jour, en voulant soulever le bras droit, *il se produisit une fracture à l'extrémité interne de la clavicule* dont la consolidation ne se fit pas attendre. Au siège de la fracture survint une tumeur considérable, douloureuse au toucher, suivie du développement d'une tumeur semblable sur l'autre clavicule.

Les douleurs continuèrent dans toute la région thoracique; les tibias devinrent le siège de douleurs très vives, il y survint du gonflement et de la rougeur. Le malade fut pris de syncopes fréquentes, il fut obligé de ne plus bouger de son lit. Le 3 août 1866, il fut pris d'une quinte de toux et mourut en 6 heures.

Autopsie — Après avoir enlevé la peau, on voit dans la région du sein droit, au-devant du sternum, une substance blanche, lardacée, criant sous le scalpel. Au-dessous existaient des fractures de côtes récentes. Les extrémités des sept premières côtes, de chaque côté, le sternum, les clavicules, sont complètement envahis.

Le foie contient quatre ou cinq tubercules squirrheux.

OBSERVATION XLI.

Carcinome du sein chez l'homme,
par MULLER, de Waldeim (*Deutsche Zeitschrift f. chirurgie*, (V. p. I, 30 nov. 1874.) *Rev. Hay.*

Chez un homme de 51 ans, de constitution vigoureuse, sans antécédents héréditaires, apparaît en 1871, une tumeur au voisinage du mamelon gauche. Un an après, la tumeur a le volume d'une petite pomme, mobile sur le grand pectoral, elle est adhérente à la peau; le mamelon est rétracté et le siège d'une petite ulcération cratériforme. Les ganglions ne sont pas sensiblement tuméfiés. Müller procéda à l'extirpation de la tumeur et l'examen microscopique vint confirmer le diagnostic de carcinome. La guérison fut obtenue, quoique retardée par un érysipèle intercurrent; mais bientôt une récidive se montra dans la cicatrice; la nouvelle tumeur, qui avait atteint le volume d'un œuf de pigeon, fut détruite par une cautérisation au chlorure de zinc; mais après cicatrisation et guérison apparente, une nouvelle récidive nécessita une seconde cautérisation. La plaie se répara rapidement dans les commencements, mais bientôt de nouvelles masses néoplasiques se montrèrent surtout au pourtour de la plaie; on soumit le malade au traitement électrolytique qui fut continué presque journellement pendant dix mois. Il n'amena pas de guérison, mais la tumeur et l'ulcération restèrent stationnaires au moins jusqu'au jour ou le malade dont la patience était lassée, renonça à ce traitement. Depuis ce moment la tumeur est de nouveau en voie d'accroissement.

OBSERVATION XLII.

Squirrhe au sein droit chez un homme. par MOUTARD-MARTIN, (Société anatomique, janvier 1876.)

La pièce présentée offre tous les caractères du squirrhe, elle

provient d'un homme de 72 ans. Ce malade avait vu se développer peu à peu, lentement, sans douleurs particulièrement violentes, une petite tumeur au-dessous du mamelon droit. On ne pouvait pas invoquer comme étiologie les traumatismes répétés auxquels on rapporte si souvent le début de l'affection.

Au moment où nous vîmes le malade, la tumeur offrait le volume d'une grosse noisette; elle était dure, adhérente à la peau, non ulcérée. On ne sentait sous l'aisselle qu'un seul ganglion très petit. La tumeur fut enlevée au bistouri, par M. Gosselin et trois ganglions altérés durent être extirpés de l'aisselle.

OBSERVATION XLIII.

Squirrhe du sein chez un homme de 56 ans, après un traumatisme. — (COOKE et MARSDEN, *Lancet*, 1857, vol. II, p. 469.)

A la suite du traumatisme, le sein devient douloureux, et on y sent des masses indurées. Gonflement du sein ; impossibilité de remuer le membre gauche. Diagnostic, carcinome. C'est le troisième cas de cancer du sein chez l'homme traité depuis 1851 à l'hôpital des cancéreux.

OBSERVATION XLIV.

Deux cas de cancer squirrheux du sein chez l'homme admis pour cause de récidive après l'amputation. — COOKE. *Lancet*, 1858, vol. I, p. 411.

Homme de 46 ans atteint d'induration du sein depuis 4 ans hui augmente, devient très douloureux, opéré 2 ans après. Depuis quelques mois, apparition de nodules au-dessus et au-dessous de la cicatrice, ulcération de la peau, santé générale affaiblie; il présente au sein malade quelques tubercules isolés, aplatis, ulcérés, qui sont douloureux mais qui soulage la solu-

tion plombique). Respiration courte et pénible, avec douleur pleurétique. Teinte jaune cachectique.

Le deuxième cas est un homme de 64 ans, qui a un cancer du sein gauche depuis 6 ans, opéré il y a 6 mois; mais depuis peu, quelques nodules ont reparu le long de la cicatrice: prurit violent au niveau des nodules qui augmentent progressivement de volume. On remarque un petit signe bleu sur le côté gauche de la lèvre inférieure de la cicatrice, détail souvent remarqué dans les cancers.

OBSERVATION XLV.

Squirrhe du sein, par N. WAGSTAFFE. (*Lancet*, novembre 1875.)

M. Wagstaffe présente à la Pathological Society of London un malade qu'il a opéré d'un double cancer des seins. En mars 1874, cet homme était venu le consulter; il avait alors dans chaque mamelle une grosse tumeur comprenant la peau; les glandes axillaires étaient engorgées. Les deux tumeurs furent enlevées et le malade guérit rapidement. Un peu plus tard, on enleva les plus gros ganglions dans l'aisselle gauche.

Le Dr Creighton a examiné les tumeurs qui étaient des exemples de vrai squirrhe; il a consigné dans son rapport que les acini de la glande mammaire avaient été très bien observés. Ils présentaient par places *a germination of epithelium presenting a ridged and fenestrated apparence.*

Les alvéoles étaient formées par des bandes de tissu fibreux et renfermaient *an adenoid network.*

Leur apparence était favorable aux vues soutenues par Waldeger as to the perivascular growth of mammary tumours.

Les parties les plus molles des tumeurs étaient formées de masses de cellules caséeuses par places et sans doute développées aux dépens des acini de la glande.

OBSERVATION XLVI.

Cancer du sein chez l'homme.

M. Maunder présente à la Pathological Society of London (*Lancet,* novembre 1875), un cas de cancer du sein chez l'homme, enlevé sur un malade de 42 ans. Cette tumeur qui avait débuté par une douleur et une tumeur du mamelon gauche offre les caractères du squirrhe; mais l'examen histologique n'a pas été fait. Le malade a été opéré, il y a dix-huit mois, et il n'y a pas la moindre apparence de récidive. Une glande tuméfiée existait dans l'aisselle au moment de l'opération.

OBSERVATION XLVII.

Cancer du sein.

M. Tillaux a opéré il y a un mois, un homme porteur d'une tumeur grosse comme une dragée, qui avait mis un an à se développer et était accompagnée de ganglions axillaires. L'examen histologique a démontré l'existence du cancer. (*Mouv. méd.* 1874.)

OBSERVATION XLVIII.

Cancer du sein chez l'homme.

Un vieillard de bonne santé, âgé de 72 ans, souffr it depuis 7 ou 8 mois d'une douleur lancinante dans le sein gauche. Le mamelon était rétracté, et les glandes sébacées à la base hypertrophiées. La tumeur, entourée de graisse était difficilement limitée, mais elle était cependant assez dure. Le diagnostic de cancer fut fait et la tumeur enlevée. Le père du malade serait mort de tubercules cancéreux du foie.

Le microscope a démontré la nature squirrheuse de l'affection. (ADAMS, *Lancet*, 1862, V, I. p. 603.)

OBSERVATION XLIX.

Squirrhe du sein chez l'homme. — (LIDDERDALE, *Lancet*, 1861, vol. II, p. 167.)

Un homme vigoureux, de 37 ans, vint consulter pour une tumeur du sein droit, qui avait débuté depuis 13 mois; au commencement il avait senti de la démangeaison attribuée aux bretelles, puis parut une tumeur qui continua à grossir progressivement.

La tumeur était, au moment de la consultation, de la grosseur d'une petite orange. Il ne se souvient pas d'avoir reçu le moindre traumatisme.

La tumeur fut enlevée et la plaie resultant de l'opération s'est bien guérie. Aucun ganglion de l'aisselle n'était altéré.

OBSERVATION L.

Cancer du sein chez l'homme; extension de la maladie aux os; fracture de l'humérus droit. — (COOKE, *Lancet*, 1847, vol. I, p. 111.)

Un homme de 45 ans, boucher, autrefois fort et vigoureux, mais ayant bien changé depuis quelque temps, a remarqué depuis un an, dans son sein droit, un tubercule dur, sous-cutané, facilement mobile sous le doigt. Il n'en souffrait que quand il exerçait des mouvements considérables du bras droit; la tumeur a augmenté lentement et a atteint, à son entrée, la grosseur d'une noix. Il y a une tumeur squirrheuse de consistance cartilagineuse et de la grosseur d'une noix, qui occupe la glande mammaire droite. Une chaîne de ganglions gros et durs s'étend jusqu'à l'aisselle. Il a bon appétit, mais dort mal. Quelques jours après son entrée, pris d'une quinte de toux au lit, le bras

droit s'est fracturé au tiers inférieur. Quatre mois plus tard, le malade avait perdu des forces ; la respiration est anxieuse, et il souffre de bronchite chronique ; il se plaint de douleurs dans les membres ; la fracture de l'humérus n'est pas consolidée.

L'état du malade, un mois plus tard, était celui d'un moribond. Il n'est pas encore mort.

OBSERVATION LI.

Cancer du sein. Squirrhe. — (1881, April, *the Lancet*)

Dr Humphry montra un large cancer du sein, ayant la texture typique de squirrhe, qu'il avait enlevé, avec un amas de ganglions axillaires à l'état de squirrhe, chez un homme âgé de 63 ans. La tumeur était fortement dure, pesante, avec un diamètre de 3 pouces ; son épaisseur, après qu'elle fut enlevée, fut trouvée être en haut d'un pouce et demi. Le mamelon correspondait à son centre et était rétracté ; la peau était adhérente tout autour. On pouvait sentir que les ganglions lymphatiques de l'aisselle étaient endurcis. Le malade avait connaissance de la tumeur depuis environ un an ; on ne connaissait aucun préjudice que sa santé eût pu endurer. Un eczéma du mamelon avait existé à la fois du côté malade et du côté du sein bien portant ; le malade disait que cela rendait « galeux le pourtour du mamelon », pourtour qu'il épluchait avec ses doigts. Opération, Guérison.

OBSERVATION LII.

Cancer du sein chez l'homme. — Douleurs sciatiques annonçant le cancer de la colonne vertébrale, par M. TERRIER, in th. Chenet.

Pour le praticien, ce second malade est plus intéressant à étudier. C'est un homme de 53 ans, atteint de cancer au sein gauche ; le mal est ancien. C'est en 1869 qu'il s'est aperçu du

début d'une petite tumeur du sein gauche. Elle a cru progressivement, sans beaucoup de douleur, s'est ulcérée, et aujourd'hui fait une saillie notable de la largeur de la paume de la main. Il y a un ganglion de volume médiocre dans l'aisselle; on pourrait songer à intervenir et à tenter une opération radicale, si on ne tenait compte d'un phénomène très important.

Il y a six mois, cet homme a été pris, d'une manière lente et graduelle, de douleurs lancinantes dans le membre inférieur droit, suivant le trajet du sciatique. Depuis un mois, les douleurs n'ont pas disparu complètement à droite, mais sont devenues très vives dans le membre inférieur gauche, où elles affectent la forme névralgique. La pression, sur le trajet du nerf sciatique, est très douloureuse à gauche; des douleurs existent aussi à la partie antéro-interne, sur le trajet du nerf crural. En examinant la colonne vertébrale, on ne la trouve pas déformée. Seulement, la pression dans la région sacrée est douloureuse. Il n'y a point de troubles ni de la miction, ni de la défécation. La station debout est impossible, en raison de l'intensité beaucoup plus grande de la douleur dans cette attitude que dans la position assise.

Observations LIII, LIV.

Deux cas de cancer du sein chez l'homme.
(Cooke *The Lancet*, 1859, Vol. II, p. 462.)

Le premier malade a 45 ans; on trouve dans le sein gauche une tumeur squirrheuse de la forme d'une amande, mobile et dure. Elle est actuellement plus petite et plus dure qu'au début, elle n'a pas été soumise à un traitement.

Le second malade, âgé de 67 ans, a le sein droit envahi depuis plusieurs années par une tumeur squirrheuse, qui, au début, avait paru augmenter la glande, mais qui a été suivie par l'atrophie de cette glande comme cela est fréquent chez la femme. La plus grande partie de la glande a disparu, mais à droite du mamelon on trouve une tumeur limitée. La santé générale est bonne chez les deux malades qui ne souffrent pas du reste de leur glande.

OBSERVATION LV.

Cancer squirrheux du sein chez l'homme, excision.
(FERGUSSON, *The Lancet*, 1861, vol. II, q. 111)

Homme de 35 ans; tumeur depuis 7 mois, sein gauche, invasion de toute la glande, qui devient de la grosseur d'une orange ulcération par application d'onguent, excroissance fongueuse au niveau du mamelon, invasion des ganglions axillaires. La tumeur ainsi que les ganglions axillaires enlevés par excision, guérison, pas d'étiologie connue.

OBSERVATION LVI.

Cancer squirrheux du sein chez l'homme. Refus de subir l'opération (WORMALD, *The Lancet*, 1861, vol. II, p. 111)

Tumeur petite et très dure, ulcérée superficiellement au sein gauche. Squirrhe. Bonne santé générale, 52 ans. La tumeur a débuté il y a un an par une rougeur un peu douloureuse du mamelon. Ulcération depuis quatre mois. Ganglion engorgé et mou dans l'aisselle gauche attribué à une petite coupure de la main.

OBSERVATION LVII.

Cancer du sein chez l'homme.
(SOUTH, *Lancet*, 1850, vol. I, p. 370)

Homme vigoureux de 60 ans, matelot, admis pour un squirrhe du sein droit.

Coup violent reçu quatre ans auparavant sur l'épaule; 10 jours us tard, petite tumeur circonscrite du sein droit; elle disparaît

six mois plus tard et augmente rapidement à la suite d'une chute sur l'épaule ; pas de douleurs pendant longtemps; il y a quelques mois, la tumeur ayant atteint la grosseur du poing, s'ulcéra, et fut accompagnée de douleurs vives, augmentation de l'ulcération et engorgement des glandes axillaires qui deviennent très douloureuses. Bientôt les glandes de l'aisselle gauche furent affectées de même. A son entrée à l'hôpital, douleurs presque constantes, lancinantes, plus vives la nuit et produisant de l'insomnie. La santé générale reste bonne. Sein droit: ulcération large comme la main à bords relevés et déchiquetés; suppuration peu abondante, mais très fétide. Le mamelon est détruit, mais l'ulcération est peu profonde. Le malade sort de l'hôpital dans le même état; l'ulcération continue à grandir, mais très lentement, et reste superficielle sans grande action sur la santé générale.

OBSERVATION LVIII.

Cancer squirrheux du sein chez l'homme
(JOHNSON, *Lancet*, 1853, vol. I, p. 111)

Homme de 30, ans, consulte pour induration squirrheuse de la peau au niveau du sein gauche ; la glande est comprise dans la tumeur et une excision partielle aurait déjà été opérée en province. Extirpation de la tumeur à l'hôpital Saint-Georges. Quelques mois après, apparition de quelques nodules d'aspect squirrheux autour de la cicatrice ; grandes douleurs. Nouvelle extirpation des parties malades. Depuis lors, le malade se porte bien, mais l'opération est trop récente.

OBSERVATION LIX.

Société de chirurgie, séance du 29 janvier 1879.

M. ANGER présente un homme de 48 ans qui porte au sein gauche une tumeur dure, indolente, ulcérée depuis 4 mois, et

à la clavicule du même côté une tuméfaction qui a commencé il y a quinze jours. Le malade est en même temps atteint de syphilis. M. Auger demande l'avis de ses collègues.

M. Tillaux prononce squirrhe pour le sein et la clavicule.

M. Sée est du même avis ; il observe en ce moment un homme qui a un squirrhe ulcéré du sein avec des noyaux cutanés à la périphérie de la tumeur, exactement comme cela se rencontre dans certains cas de cancer du sein chez la femme.

M. Panas en observe un chez un homme de 65 ans, auquel Velpeau avait enlevé un cancroïde de la lèvre quinze ans auparavant.

Observation LX.

Tumeur glandulaire.

Tumeur enlevée sur un paysan de 25 ans; elle avait debuté cinq ans auparavant, et depuis avait augmenté peu à peu ; elle était arrondie, aplatie, lobulée, de 7 à 8 centimètres de diamètre, entourée par une capsule distincte lâchement unie au tissu conjonctif ambiant.—C'était là une tumeur glandulaire.—(Paget, lectures on Surgical Pathology V. D. p. 328.)

Observation LXI.

Cancer du sein (Thèse de M. Horteloup.)

Dans le service de M. Roux était, il y a deux mois, un homme extrêmement fort et vigoureux, venu pour se faire opérer d'une tumeur volumineuse qu'il porte au sein gauche depuis quatre ans. Il a toujours joui, jusqu'à cette époque, de la santé la plus robuste; il y a six ans, il fut pris d'épistaxis fréquentes qui, un mois après, cessèrent pour faire place, sans cause apparente, à des suintements de sang, par le sein actuellement malade. Ces suintements fournissaient environ une cinquantaine de gouttes de sang par jour. Il n'a jamais eu d'hémorrhoïdes, et on n'a

point cherché à en établir chez lui. Au bout de deux ans de durée, ces suintements furent suivis de l'apparition d'une tumeur indolente d'un volume médiocre qu'on cherche à combattre par des topiques tels que les emplâtres de Vigo cum Mercurio, ceux de ciguë et par un vésicatoire au bras correspondant. Elle est restée stationnaire trois ans et demi; mais depuis quatre ou cinq mois elle a fait de rapides progrès qui ont déterminé le malade à entrer à l'hôpital. Voici les caractères qu'elle offrait à l'entrée du malade : elle avait à peu près le volume d'une tête de fœtus; on y observait deux parties distinctes : une base étendue transversalement à peu près, suivant la direction des côtes, et sur la partie la plus interne de cette base une autre portion arrondie, bosselée, brunâtre, et dont la peau commençait à s'amincir. Des douleurs lancinantes, mais rares et légères, s'y sont fait sentir dans ces derniers temps.

Il n'y avait pas de doute à former sur la nature carcinomateuse de la tumeur; mais la lésion était bien purement locale, point d'engagement des ganglions axillaires; point d'affection analogue chez aucun des membres de sa famille. Le malade jouit encore d'un embonpoint marqué, bien qu'il dise qu'il a un peu maigri, et qu'on sente, en effet, que la peau n'est pas parfaitement remplie par le tissu cellulaire sous-cutané.

Désirant réunir par première intention, quoique obligé de sacrifier les téguments de la partie la plus saillante de la tumeur, M. Roux fit deux incisions elliptiques, dans lesquelles il comprit toute la partie interne, il conserva la peau de la partie externe. Le malade perdit peu de sang. On put effectuer la réunion immédiate, et maintenant il est en voie de guérison sans avoir éprouvé le moindre accident.

Le tissu de la tumeur était encéphaloïde, non ramolli, criblé de sang à sa partie interne, mais non à l'état d'épanchement.

La plaie, quoique réunie par première intention, a été fort longtemps à se cicatriser. Ce n'est pas la première fois, dit à ce sujet M. Roux, qu'il a vu des plaies réunies immédiatement être aussi longtemps à guérir que des plaies qu'on a fait suppurer.

Observation LXII.

Cancer du sein présenté par Lawrance. — *Medico chirurgical, Transaction.* —

Italien, 35 ans. Tumeur du sein. Après un an, ulcération fongeuse. Surface fongeuse et ulcérée à droite du mamelon droit. Liquide sanieux saignant facilement.

Tumeur volumineuse et dure; peau indurée et adhérente; on perçoit au toucher des tubercules autour du point ulcéré. Ganglions au-dessus de la clavicule indurée. Glandes axillaires envahies de l'autre côté. Œdème du bras. Difficulté de respirer. Appétit conservé.

3 semaines plus tard, mort.

Toute la tumeur est dure et dense, sans ramollissement en aucun point, la couleur d'un jaune verdâtre très net. Glandes axillaires sont fondues dans la tumeur. La peau épaissie, tumeur distincte du muscle pectoral, excepté en un point. Le tissu cellulaire est verdâtre. Cette coloration s'étend jusqu'au côté opposé de la poitrine. Au-dessus de la clavicule droite, masse de substance pathologique absolument semblable, renfermant l'artère la veine axillaire, le plexus et les nerfs, plèvre droite épaissie surtout au niveau du diaphragme. Epanchement séreux considérable. Poumon sain.

Péritoine diaphragmatique épaissi et vert, sudurations dans le pancréas, avec la même coloration verte. On retrouve encore des masses analogues dans les reins.

CONCLUSIONS.

I. — Les tubercules de la mamelle ont été constatés une fois chez l'homme.

II. — Le sein de l'homme peut être le théâtre, comme la mamelle de la femme, des différentes sortes de cancers.

III. — Le sarcome y est assez fréquent sous sa forme la plus bénigne.

IV. — L'épithélioma débute tantôt par la peau, tantôt par la glande (Epithélioma intra-canaliculaire.

V. — La forme la plus fréquente du cancer est le carcinome fibreux (squirrhe).

VI. — Ces tumeurs se présentent ordinairement sous une forme peu active.

VII. — Les symptômes sont les mêmes chez l'homme et chez la femme, avec cette différence que, évaluant chez l'homme sur un terrain moins vaste, moins important, anatomiquement et physiologiquement, leur physionomie est plus effacée, leurs traits généraux sont moins accentués; — *le symptome douleur est moins marqué chez l'homme.*

VIII. — Le seul traitement est l'ablation, aussi large et aussi complète que possible.

IX. — Les chances de guérison radicale, variables suivant l'espèce anatomique de la tumeur, paraissent être plus grandes chez l'homme que chez la femme.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du in chez l'homme

CHENET (J.) — Etude sur le cancer du sein chez l'homme, in-4°, Paris, 1876.

GRUBER. — Ueber die Männliche Brustdrüse und über die. Gynücomastie, Saint-Petersbourg, 1866.

HOFFMANN. — Zur Pathologie der männliche Brustdrüsen, Giessen. 1855.

HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme, Paris, 1872.

KAULFUSS. — Ueber Geschwülste der männlichen Brusdrüse, Berlin, 1872.

LUTEL. — Des tumeurs du sein chez l'homme, Paris, 1877.

ROBELIN. — Du sein chez l'homme, de ses maladies, Paris, 1852.

STUMPFF. — De carcinomate mamma virilis, addita observatione clinica, Gryphiœ, 1859.

ADAMS. — Case of cancer of the left male mamma. Proc. Roy. med. et chir. Soc. Lond., 1862, IV. 117. *Lancet,* 1862, I, 603.

ALBERS. — Mastitis pubescentium virilis. Med. Cir. Bl. rhein u wesfäl. Arzte Berne, 1843, II, 208.

AMADO. — Um caso de kysto sarcoma telangiestasico e pupillar da glandula mamarcá de homen. Correlo med. de Lisbon 1871-72, I, 210-13.

BAUMGARTEN. — Ueber die areolar oder momsmillor Geschwulst bei vierzehn bis zwanzig jährigen Knaben Zischr. f. chir., Osterode, 1841, I, 48, 51.

BÉDER. — Quelques faits particuliers sur la gynécomastie ou sur l'hypertrophie des mamelles chez l'homme. Gaz. méd. de Paris, 1836, 2 S, IV, 689, 91.

BERTHERAND (E.-L.) — Des tumeurs du sein chez l'homme Ann. med. de la Flandre occidentale, 1855, IV, 513-17.

BIGELOU. — Scirrhus of male breast, Boston, M. et S. J. 1864, LXX, 62.

BRYANT. — Double mammary abcessina male subject. *Lancet*. 1863, II, 509. — Cases of disease in the male breast. *Lancet*, 1868, I, 285.

BURGGRAEVE. — Kyste mammaire chez un homme, ayant nécessité l'extirpation du sein. Bul. soc. méd., Gand, 1857, XXIV, 160-62.

CABOT. — Tumor of male breast, Boston, M. et S. J., 1867, LXXVII, 314.

CAMPBELL. — Scirrhus of the male breast, Bul. Am. J., Montreal, 1862, III, 67.

CAS ISOLÉS. — Cancer of the breast in mon, *Lancet*, 1841-42, II, 414. — Suppuration of an old cyst in the male breast, *Lancet*, 1858, I, 240. — Disease of male breast, Boston, M. et S. J., 1858, LVII, 64. — Irritable monnix in males; two cases, med. et Surg. Rep. Phila., 1860, IV, 182. — Gynecomazio in a yung boy, med. Times, 1860, I, 11.

CHILDS. — Cancer in the male breast. *Lancet*, 1864, II, 266.

COOKE. - Two cases of scirrhus of the male breast; reappearance after amputation. *Lancet*; 1858, II, 462.

COOTE. — Cancer of the male breast; extension of the disease to the bones; fracture of the right humerus. *Lancet* 1847, I, 111.

DUMARQUAY. — Tumeur adénoïde du sein chez un homme. *Rev. méd. phot. des hôp. de Paris*, 1874, VI, 137-39; 1 pt.

DE MORGAN. — Cystic tumour of the left mamma in a male Brit. M. J. Lond. 1873, II, 542.

DOUTRELEPONT. — Tall von squirrhe pustuleux ou disséminé (Velpeau) der (Brust druse) bei einem Manne Berl. Klin. Wehusehr. 1874, XI, 129.

EVE. — Hypertrophy of the male mamma removed. Noshville J. Met. 1854.

FERGUSSON. — Scirrhus cancer of the male breast excision. *Lancet*, 1861, II. 111.

FOOL. — Remarks en gynecomazia. Dublin Q. J. Med. Ici. 1866, XLI, 451.

FOUCART. — Tumeurs du sein chez l'homme, France med. 1856, III, 284.

FOUCHER. — Enchondrome de la région mammaire chez

l'homme, difficulté du diagnostic, ablation, pleurésie purulente, mort. Un. med. 59, III, 403-410.

GAVILLER. — Case of cancer close to the mammary gland in a male who hod had epithelioma of the lip., excision, Canada M. et S. J. 1873, I. 271.

GILLETTE. — Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. Un. med. 1874, XXVIII, 942.

GERHAM. — Extraordinary development of the monnix in a male. *Lancet,* 1840, II, 637.

GEWLLAND. — Cystic tumor of the right breast in a male, 1861, II, 498.

GRIFFITH. — Acute monitis in the male suppuration. Med. Press, Dublin 1665, III, 603.

GRUBER. — On the male mammary glands andof gynecomazia. Voyennones, J. St. Petersb. 1868, CI, 139, 184.

HARGENS. — Beobachtungen, von knoten in den Brüsten beim mænnlichen Geschlecht J. D. proct. Azzuk. in Wunderzuk 1795, I, 548-68.

HOLTH. — Case of scirrhous cancer of the breast. in man. *Lancet,* 1878, I, 754.

HEWELL. — Tubero cystic disease of the male breast. Extirpation, *Lancet*, 1863, II, 486.

HEYWOOD. — Irritability of the male breast, N. Y. med. Times 1854, III, 165.

JOHNSON. — Scirrhus of male breast, N. York, med. Times 1853, I, 111.

KIRMISSON. — Névralgie de la mamelle chez l'homme, France, méd. 1878, XXV, 497.

KONGT. — Scirrhus of the breast in the male, *Lancet*, 1880, II, 216.

LE CLERCQ. — Waar neming omtrent em carcinoma simplex monux vinlis Tijdschr. 1847, VI, 49.

LEISRINCK. — Bemerkungen uber die Entzündung der Mamma bei jungen Männern Deutsche Ztschr. f. Chir. Leipz. 1873, 4, IV, 19-21.

LÉON. — Hypertrophie traumatique du sein chez l'homme Arch. de méd. nav. Paris, 1879, XXXI, 213.

LIDDERDALE. — Cancer of the male breast. *Lancet;* 1861, II, 167

LUSCHKA. — Die Anatomie der männlichen Brustdrüsen. Arch. f. anat. de Leipzig, 1852, 402.

MAC-CLINTOCK. — Tumour of the male breast. Dublin, 9. j. m. sc., 1865, XXXIX, 468.

MARCOWITZ. — (Male). Bul. soc. anat. de Paris, 1860, XXXV, 134.

MANDEN. — Scirrhus of the male breast in a mon 56 years old. *Lancet*, 1857, II, 169.

MAUNOURY ET THERE. — Ulcération carcinomateuse etc. *Gaz. méd. de Paris*, 1842, X, 818.

MILTON. — Cn scirrhus of the mah breast Proc. Ruj. M. et Chir. Soc. 1857, XI, 141.

MORRE. — Scirrhus cancer of the male breast. *Lancet*, 1861, II, 110.

MORGAN. — Case of anormal development of right breast, id. 1875, II, 767.

MOUTARD-MARTIN. — Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans. *Pr. méd.* 1876. IV, 295.

MULLER. — Ein Fall von carcirum der männlichen Brustdrüse Deutsche Ztschr. f. Chir. Leipzig, 1874, V, 9).

NEFTEL. — Carcinoma of mommary gland in male etc. Med. rev, N. Y, 1869, IV, 17.

OLLIVE. — Cancer du sein chez l'homme. *J. de méd. de l'Ouest*, 1878, II, 182.

PARENA. — Adenoma della mamella in un homo. *Gaz. med. ital.* 1868, I, 258.

PELTIER. — Note sur le cancer du sein chez l'homme. *Rev. phot. des hôp.* 1871, III, 130.

PERKINS. — Case of carcinoma of right breast. *Lancet*, 1879. II, 353.

PÉTERS. — Hypertrophy of mammary gland in man. Am. M. Times, 1863, VI, 196.

POOLEY. — Tumor of the male breast. Ohio, M. et S. J., 1878, III, 163.

QUINIAU. — Case of mammary abcess in man, Med. Press., Dubl., 1865, LIII, 250.

RENAUDIN. — Observation sur une conformation particulière. Mém. Soc. d'Emul, 1796, 241.

SKEY. — Cancer of the mammary region in man. *Lancet*, 1862, II, 115.

SOUTH. — Cancer of the male breast, *Lancet*, 1850, I, 570.

TERRIER. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme, J. de med. et chir. prat., 1873, XLIV, 489.

THAON. — Tumeur du sein chez l'homme, Bull. Soc. anat., 1873, XI, VI, 75.

THOMSON. — Preternatural enlargement of the breasts in man ; eunuchs, *Lancet*, 1837, I, 356.

TRAVERS. — Carcinomatous disease of the breast, *Lancet*, 1827. XI, 267.

VELPEAU. — Tumeur caséeuse chez un vieillard, France méd. 1855, II, 67.

VIGNOLO. — Extirpation d'une tumeur cancéreuse du sein chez l'homme, par acide sulfurique monohydraté, etc Rev. med. franç. et étrang. 1852, I, 193.

WAGSTAFFE. — Scirrhus of the male breast. Tr. Path. soc., 1876, XXVII, 234. — Double cancer of male breast. Med. Times, 1874, II, 119.

WARD. — Fibro nucleated tumor forme the mammary region. Trans. Path. Soc., 1859-60, XI, 268.

WEBER. — Vormwidrige Entwichelung, beider Brustdrüsen in einem Mann Ztsehr. d. deutsch. Chir. ver., 1852, V, 336.

WOOD. — Scirrhus of the breast in male subject. Tr. Path. Soc., 1874, XXV, 223.

WOMUALD. — Scirrhus cancer of the male breast. Lancet, 1861, II, 111.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Physique. — Electricité animale. Loi du courant musculaire.

Chimie. — Caractères distinctifs, préparations et propriétés des iodures et des bromures.

Histoire naturelle. — Des bourgeons, de la préfoliation et de la préfloraison ; quels avantages peut-on retirer de la disposition des parties dans le bourgeon pour la déterminaison des familles, des genres et des espèces.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — Du rachitisme.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — Des différentes variétés d'appareils prothétiques applicables au rapprochement des dents.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs ; leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — De la médication antiphlogistique.

Hygiène. — De la sophistication du lait.

Médecine légale. — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

Accouchements. — De la présentation du tronc.

Vu par le président de la thèse :
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.